

CAIO VINÍCIUS G. ROMAN-TORRES



# AFINAMENTO CIRÚRGICO DA FACE:

*GUIA PARA DENTISTAS*

 Atena  
Editora  
Ano 2023

CAIO VINÍCIUS G. ROMAN-TORRES



# AFINAMENTO CIRÚRGICO DA FACE:

*GUIA PARA DENTISTAS*

 Atena  
Editora  
Ano 2023

<b>Editora chefe</b>	
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira	
<b>Editora executiva</b>	
Natalia Oliveira	
<b>Assistente editorial</b>	
Flávia Roberta Barão	
<b>Bibliotecária</b>	
Janaina Ramos	2023 by Atena Editora
<b>Projeto gráfico</b>	Copyright © Atena Editora
Bruno Oliveira	Copyright do texto © 2023 Os autores
Camila Alves de Cremo	Copyright da edição © 2023 Atena
Luiza Alves Batista	Editora
<b>Imagens da capa</b>	Direitos para esta edição cedidos à
iStock	Atena Editora pelos autores.
<b>Edição de arte</b>	Open access publication by Atena
Luiza Alves Batista	Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos ao autor, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

#### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso  
Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília  
Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina  
Prof. Dr. Cirênia de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes  
Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eleusa Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

# Afinamento cirúrgico da face – Guia para Dentistas

**Diagramação:** Letícia Alves Vitral  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** O autor  
**Autor:** Caio Vinicius G. Roman-Torres

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
R759	Roman-Torres, Caio Vinicius G. Afinamento cirúrgico da face – Guia para Dentistas / Caio Vinicius G. Roman-Torres. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.
	Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0896-3 DOI: <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.963230202">https://doi.org/10.22533/at.ed.963230202</a>
	1. Dentística operatória. 2. Cirurgia. 3. Odontologia. I. Roman-Torres, Caio Vinicius G. II. Título. CDD 617.6059
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

## DECLARAÇÃO DO AUTOR

O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declara que participou ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certifica que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de e-commerce, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Vera e Luiz, por todo apoio, retaguarda, investimento, por acreditar o tempo todo que eu poderia dar certo.  
Gratidão!

## APRESENTAÇÃO

Apesar da remoção da Bola de Bichat (Buccal Fat Pad removal) ser consagrada há muito tempo em vários países (há mais de 30 anos nos EUA), no Brasil é recente, e estamos vivendo um “boom” impulsionado pela mídia, com muita procura pelos pacientes em busca de harmonia e simetria do terço inferior da face. Este tipo de cirurgia tem o consentimento do Conselho Federal de Odontologia para a realização nos consultórios odontológicos, dentro de certos requisitos que serão abordados neste e-book. A técnica intra oral foi descrita pela primeira vez em 2006, anteriormente a técnica era realizada com acesso extra oral e sempre foi um complemento do Lifting facial. O conhecimento anatômico, a realização de um correto diagnóstico, a execução da técnica dentro dos princípios cirúrgicos e o controle do pós-operatório são a chave para o sucesso dessa terapêutica. O auxílio de imagens na visualização da bola de Bichat é pela primeira vez abordada em um e-book, e essa ferramenta com certeza irá auxiliar muito na tomada de decisão entre realizar ou não a remoção da bola de Bichat. A execução da técnica é abordada de forma didática com imagens que auxiliam o entendimento. E após anos de execução da técnica e avaliação de centenas de pacientes conseguimos um protocolo de pós-operatório seguro e que permite o retorno do paciente a suas atividades de rotina em poucos dias.

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>ANATOMIA .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>INDICAÇÕES .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>PRÉ-OPERATÓRIO.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 5</b>	
<b>EXAMES DE IMAGEM .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 6</b>	
<b>TÉCNICA CIRÚRGICA .....</b>	<b>12</b>
INSTRUMENTAL.....	12
ANESTESIA .....	14
PASSOS CIRÚRGICOS.....	14
<b>CAPÍTULO 7</b>	
<b>PÓS-OPERATÓRIO .....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 8</b>	
<b>POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO 9</b>	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO 10</b>	
<b>RECOMENDAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS.....</b>	<b>29</b>
AFINAMENTO CIRÚRGICO DA FACE – BICHECTOMIA .....	29

# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 11

**TERMO DE PERMISSÃO .....** **31**

TERMO DE PERMISSÃO EXPLICADO E CONSENTIDO PARA CIRURGIA DE AFINAMENTO  
CIRÚRGICO DA FACE - BICHECTOMIA.....31

## CAPÍTULO 12

**PERGUNTAS FREQUENTES.....** **33**

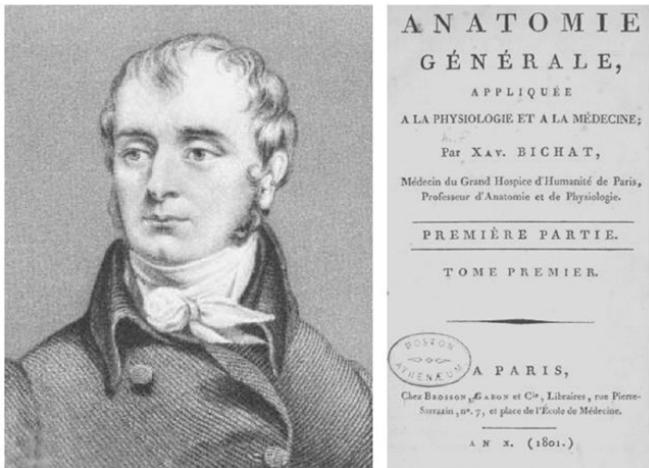
**REFERÊNCIAS .....** **36**

## INTRODUÇÃO

O procedimento de afinamento da face com remoção da gordura localizada na região do terço médio da face tem se tornado popular nos últimos anos, antes de 2006 esse procedimento era apenas realizado em conjunto com o lifting facial, efetuado por cirurgião plástico. A remoção da bola de gordura estava incluída no procedimento de lifting e ninguém comentava especificamente sobre essa bola de gordura. A partir de 2006 a técnica intraoral começou a ser utilizada, idealizada por Alan Matarasso<sup>1</sup>, cirurgião plástico, a técnica consiste um uma incisão de 2 cm na mucosa jugal, atras da abertura do ducto parotídeo, com o objetivo de poder fazer a remoção da gordura com o mínimo de estruturas anatômicas a frente, evitando muitas injúrias frequentemente relatadas de quando a bola de gordura é retirada pelo acesso da incisão do lifting facial. Hoje em dia é muito comum ouvir que a remoção da bola de gordura foi realizada por um cirurgião dentista em consultório ou clínica particular, os resultados mostrados são heterogêneos, pacientes felizes com resultados obtidos outros nem tanto. Além do conhecimento cirúrgico é necessário saber realizar diagnóstico correto, não são todos os pacientes que querem realizar o procedimento de retirada da gordura que podem realmente fazer e ter resultados satisfatórios.

O grande segredo não é a execução da técnica, mas os efeitos que podemos ter após a realização, e em alguns casos são efeitos indesejados por pacientes e profissionais. É preciso entender as limitações da técnica. A técnica intraoral possibilita pós-operatório tranquilo e resultados surpreendentes quando executados com indicação precisa. Lidar com expectativas irreais dos pacientes talvez seja um dos maiores problemas relacionados com a execução da técnica e ter conhecimento anatômico e técnico é decisivo durante o diagnóstico. Este livro tem como finalidade auxiliar profissionais na execução da técnica de bichectomia com acesso intraoral de modo seguro, com diagnóstico correto, utilizando exames de imagem e orientando o pós-operatório de forma tranquila.

A bola de gordura descrita pela primeira vez em 1801 pelo anatomicista francês Marie François Xavier Bichat. Deu-se a esse corpúsculo de gordura o seu nome e é conhecida em todo mundo como *buccal fat pad* (Figura 1). É um tecido de gordura que preenche os espaços profundos da face e que se localiza na região das bochechas na frente do músculo masseter e superficial ao músculo bucinador<sup>2,3</sup>. O conhecimento anatômico é essencial para o profissional, pois a área anatômica envolvida possuem nervos, artérias, músculos e caso atingidos poderá trazer sérias complicações, por vezes até mesmo de forma definitiva causando transtornos aos pacientes.



**Figura 1:** Descrição da Bola de Bichat realizada por Marie François Xavier Bichat em 1801.

A principal função dessa bola de gordura é fazer com que os bebês consigam realizar a amamentação de forma tranquila, segura e na ausência da gordura de Bichat as bochechas iriam se colabrar, impedindo o movimento de succão<sup>4</sup>. Alguns estudos sugerem que a gordura poderia servir de coxim amortecedor para os músculos da face envolvidos. Como citado anteriormente a técnica extraoral é realizada há muito tempo, mas infelizmente não temos pesquisas sobre o acompanhamento destes pacientes que foram submetidos a retirada da bola de gordura. É oportuno dizer que muitos outros fatos sobre a bichectomia ainda não tem explicação e confirmação, principalmente pelo fato das pesquisas realizadas até hoje ter desenho metodológico de estudos observacionais não permitindo a comprovação de hipóteses

Quando realizada uma busca por pesquisas científicas sobre a bichectomia conseguimos observar alguns estudos com a técnica extraoral e poucos com a técnica intraoral, preconizada em 2006<sup>1</sup>. Não conseguimos prever o que acontecerá com a face externa de uma pessoa que foi submetida a bichectomia pela técnica intraoral, porém podemos discutir que o envelhecimento é um processo complexo com vários fatores envolvidos e que o volume da face está distribuído em gorduras superficiais e profunda. Existem diversos fatores que predispõem o “cair da face”, acreditamos que a bola de Bichat não seria o fator específico para este resultado. Os estudos existentes não proporcionam embasamento para a realização ou não da gordura de Bichat de forma previsível ao envelhecer. A perda de colágeno é inerente para todos, vai acontecer, e está diretamente relacionado aos hábitos, alimentação e da genética, pode-se acontecer de forma rápida e com efeitos intensos ou de forma moderada, portanto, os efeitos do envelhecimento é individual e esse é mais um motivo para realização de uma detalhada anamnese para

determinação dos pacientes indicados para o procedimento de remoção da gordura de Bichat.

A manipulação da gordura de bichat sempre foi um procedimento comum ao dentista, além de ter finalidade estética, pode-se utilizar para o fechamento de fístulas buco-sinusais e, nos últimos anos tem sido associada a terapia com uso de células tronco<sup>5-8</sup>. O que não era comum até 2006 era a remoção da bola de gordura total na sua região central, ela tinha uma serventia no caso da necessidade do fechamento da fístula. E ainda tem, a gordura não se recompõe é um fato, uma vez retirada nós não temos mais esse depósito de gordura.

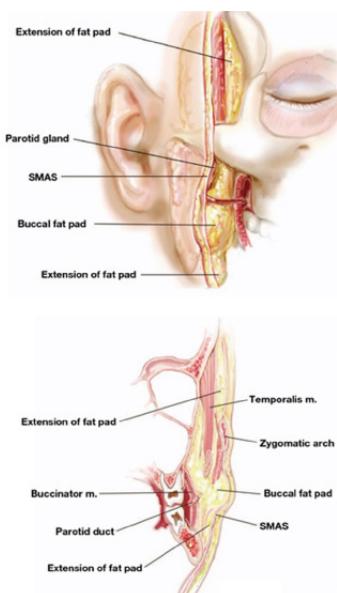
Escolher um profissional que tenha como características além do conhecimento da técnica é importante, saber detalhadamente anatomia craniana, ter senso estético e indicação precisa do tratamento de remoção da bola de gordura são fundamentais para o sucesso. Não são todos os pacientes indicados para bichectomia e errar o diagnóstico pode significar perder muitos pacientes, ou você acha que alguém vai procurar um dentista que não obteve o resultado de redução no procedimento ou que ocasionou alguma injúria anatômica mesmo que reversível ao paciente?

O conhecimento anatomico, a realização de uma detalhada anamnese e situar o paciente da condição real e até onde a técnica pode ir é fundamental para começar a pensar a realizar o procedimento no consultório, apesar da técnica ser vendida como facil e rapida, é o diagnóstico correto que irá determinar grande parte do sucesso.

## ANATOMIA

Anatomicamente, a massa adiposa consiste em um corpo central e quatro extensões: bucal, pterigoidal, temporal (temporal superficial) e pterigopalatina (temporal profundo). Não é uma única bola, é uma estrutura que tem uma porção bucal que será removida no procedimento e o restante permanecerá internamente na face (Figura 2)<sup>1</sup>. Os músculos localizados adjacentes a porção bucal da bola de Bichat são o zígomático maior, zígomático menor, elevador do lábio, bucinador e risório<sup>3,9</sup>.

Anatomicamente, a bola de gordura consiste em três lobos independentes: anterior, intermediário e posterior. Cada lóbulo é encapsulado por uma membrana independente e separado por um espaço natural. Os lobos da bola de gordura são fixados por seis ligamentos à maxila, zigoma posterior, borda interna e externa da fissura infraorbital, tendão temporal e membrana bucinadora. O ligamento maxilar é uma condensação fibrosa do lobo anterior à maxila. O ligamento zígomático posterior une o lobo intermediário com o processo zígomático. Os ligamentos infraorbitários medial e lateral conectam o lado medial e lateral do lobo intermediário, respectivamente, à borda infraorbital. O ligamento de tendão temporal une o lobo posterior com o tendão temporal posteriormente. Finalmente, o ligamento bucinador liga o lobo anterior com a membrana bucinadora. Esses ligamentos, aparecem com as seguintes prevalências: 95% (152) maxila, 100% (160) zigoma posterior, 80% (128) interno e 80% (128) borda externa da fissura infraorbital, 90% (144) do tendão temporal e 60% (96) da membrana bucinadora<sup>10</sup>.



**Figura 2:** Localização anatômica da bola de Bichat. Vista frontal (A) e vista posterior (B).

A artéria facial transversa tem contato próximo, o ducto parotídeo pode estar aderido e ramificações do nervo bucal são frequentes encontrados junto a bola de gordura<sup>11</sup>. Ou seja, não é tão tranquila a cirurgia como se parece, pois, um mínimo comprometimento dessas estruturas pode resultar em sequelas para o paciente. Injuriar o ducto do canal da parótida podem ser de difícil solução e por vezes causa sequelas, quando observada lesão no ducto parotídeo a solução deve ser rápida<sup>12</sup>.

Histologicamente, o corpo adiposo é composto do mesmo tipo de gordura de outras partes do corpo, embora não seja consumido de forma perceptível em casos de emagrecimento como acontece em outras regiões<sup>4</sup>. Curiosamente os estudos científicos mostram que a gordura de Bichat não está relacionada se a pessoa está ou não acima do peso. Mas que existe uma perda considerável da massa de gordura após os 50 anos de idade<sup>13</sup>.

## INDICAÇÕES

A utilização de um retalho contendo a glandula de Bichat no tratamento para cobrir defeitos intrabucais foi primeiramente descrita por Egyedi em 1.977. Egyedi também foi o primeiro a anunciar o uso do corpo adiposo bucal na reconstrução oral para o fechamento de comunicações buco sinusais e buco nasais. Durante as últimas 3 décadas, tem-se utilizado como procedimento padrão no fechamento de fistulas buco sinusais e é uma bem estabelecida ferramenta em cirurgia oral e maxilo-facial.

Pacientes com face média gordinha que desejam refinamento no contorno das bochechas podem ser considerados potenciais candidatos ao procedimento, mas isso não deve justificar automaticamente a necessidade subsequente de excisão da bola de Bichat. O diagnóstico diferencial deve incluir lesões benignas como lipoma, hemangioma, bem como hiperplasia inflamatória, neuroma traumático, abscessos e neoplasias de glândulas salivares.

O candidato ideal para a cirurgia tem ossos malar fortes, que são escondidos por bochechas proeminentes que causam arredondamento facial excessivo e uma face de aparência pesada. Após a ressecção do coxim adiposo, as bochechas tornam-se ocas e o arco zigomático é acentuado. Isso melhora a aparência do terço médio e inferior da face, destacando a proeminência malar e dando uma aparência facial esculpida.

Nos últimos anos tem crescido o numero de procedimentos para a remoção da bola de gordura de Bichat com finalidade estética, podendo ser executada tanto pelo cirurgião plástico como pelo cirurgião dentista. A bichectomia ou simplesmente cirurgia para afinar a bochecha é um procedimento cirúrgico que remove total ou parcialmente a bola de Bichat. Um paciente candidato para este tipo de cirurgia normalmente tem uma circunferência facial excessiva, em alguns casos dilaceram o tecido da mucosa jugal devido a mordidas constantes no mesmo local.

A remoção da gordura de Bichat está indicada para homens e mulheres, nos casos em que o paciente morde constantemente as bochechas (mucosa jugal) chegando às vezes a formar aftas e úlceras (Figuras 3 e 4). Pacientes que foram submetidos a cirurgia bariátrica são indicados para avaliação e exames, pois geralmente o emagrecimento não é correspondido com a forma da face, ou seja, o paciente pode emagrecer mas o rosto continua redondo. E por fim, pacientes que desejam um bem estar psicológico com simetria e alinhamento facial, proporcionando melhora da autoestima<sup>1,3,4,14-18</sup>.



**Figuras 3 e 4:** Indicação funcional para remoção da gordura de Bichat: lesões provocadas por mordidas na mucosa jugal.

A indicação correta promove com certeza um resultado satisfatório, pessoas com nariz acentuado e fino, mento (queixo) proeminente e lábios projetados deverão avaliar cuidadosamente se vale a pena realizar a cirurgia. Uma manobra que pode ser realizada facilmente é se colocar ao lado do paciente e observar a relação entre nariz, lábio e mento.

A ideia é existir uma harmonia entre todos logicamente, mas deve se ter uma ideia do posicionamento da bola de gordura e com a ponta do indicador é possível afundar o local da bola de gordura projetando do lado de fora da face. Após a remoção da bola de gordura é comum observar projeção de nariz e mento (queixo) (Figura 5). Se traçar uma linha imaginária com início na comissura labial e indo em sentido posterior e na altura do primeiro e segundo molar subir cerca de 1,5 cm no sentido do zigomático provavelmente será o local da bola de gordura, variações ocorrem e outras avaliações são necessárias

como exames intra oral e de imagem e detalhada anamnese mas essa manobra permite uma ideia da posição e localização da bola de gordura.



**Figura 5:** Antes e depois do procedimento, nota-se a projeção do nariz, lábio superior e mento (queixo) é evidenciada. Olheiras são diminuídas.

O desejável para a maior parte das pessoas que querem realizar o afinamento cirúrgico da face é o efeito *Blush*, o efeito que se consegue em uma perfeita maquiagem. Mas posso conseguir o mesmo efeito na maquiagem? Na maioria das vezes sim, mas qual é a pessoa que gostaria de estar maquiada o tempo todo?

A remoção da bola de gordura na maioria dos pacientes tem esse efeito *Blush*, que acentua a maçã do rosto expondo o osso zigomático (Figura 6). Portanto, devemos perguntar ao paciente se tem ideia completa os efeitos que pode se obter com o procedimento.

Ter pouco ou falta de resultados trarão insatisfação e ninguém quer isso dos pacientes.



**Figura 6:** Efeito Blush obtido após o procedimento de remoção da bola de Bichat.

## PRÉ-OPERATÓRIO

- Realizar uma anamnese detalhada e exame clínico são imprescindíveis. Entender a necessidade do paciente e até onde se pode chegar com a remoção da bola de gordura é primordial para o sucesso.
- Durante o exame clínico avaliar a presença de carie, doença gengival/periodontal, desordens oclusais, e a anatomia relacionada ao procedimento: localização da entrada do ducto parótideo e palpação da bola de gordura.
- Se o paciente apresentar qualquer condição bucal relacionada com doença periodontal, presença de carie ou desarraigo oclusal, deve-se primeiro resolver essas condições para que o procedimento possa ser executado.
- Exames sanguíneos: hemograma, coagulograma e glicemia em jejum devem ser realizados até 10 dias antes do procedimento.
- Deve ser solicitados exames que tem capacidade de observar os tecidos moles; ressonância magnética (Figura 7) ou ultrassonografia (Figura 8), na tomografia computadorizada também é possível visualizar e ter uma ideia do tamanho e da localização, mas a dose de radiação necessária para o exame faz com que esta seja uma última opção.

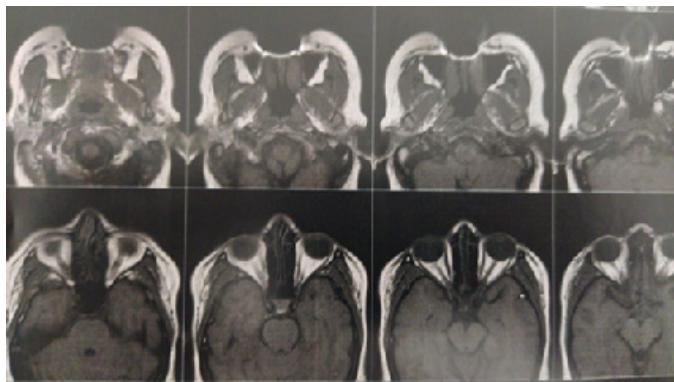
Estes exames irão auxiliar de várias formas e são essenciais para realização do procedimento de forma segura. As imagens podem apresentar diversas situações, tais como: pacientes que não tem a gordura de um dos lados da face ou pacientes que apresentam ausência total da bola de gordura, assimetria facial severa onde determinar onde se tira mais ou menos pode fazer toda diferença. O ultrassom mostrou-se útil para demonstrar a relação entre a bola de gordura e estruturas adjacentes podendo detectar variação anatômica em sua posição, permitindo a realização de um procedimento cirúrgico com maior segurança<sup>19,20</sup>. Alguns laboratórios de imagem ainda não entendem o objetivo do exame então faz-se necessário além de encaminhamento entrar em contato com o responsável pelo laboratório e explicar o motivo do exame. Essa atitude irá evitar repetição do exame.

Além de não ser um gasto absurdo, a realização de um desses exames de imagem mostra cuidado e respeito para com os pacientes.

- Jejum mínimo de 6 horas, evitar bebidas alcoólicas e refeições muito exageradas na véspera da cirurgia.
- Com relação a medicação, o uso de corticóide é indicado 1 hora antes do procedimento a fim de se diminuir o edema (inchaço) da região. O uso de profilaxia antibiótica também se faz 1 hora antes do procedimento. O paciente também deve ser orientado a não tomar quaisquer medicamentos que contenham ácido acetil salicílico por pelo menos 07 dias antes da cirurgia, qualquer outro medi-

camento que contenha ervas (Arnica, Ginko Biloba etc.), com efeito anticoagulante pelo menos 15 dias antes da cirurgia.

- Cancelar em casos de gripe, indisposição ou febre é prudente visto de um espirro muito forte, poderia romper a sutura (pontos) do local.



**Figura 7:** Exame de imagem, Ressonância, para visualização da bola de Bichat



**Figura 8:** Exame de imagem, ultrassonografia, para visualização da bola de Bichat

## EXAMES DE IMAGEM

Embora a avaliação com exames de imagem possa não ser essencial para determinar a necessidade de remoção da bola de gordura é uma ferramenta muito útil, não só para determinar o volume pré-operatório e localização, mas também para ajudar no diagnóstico diferencial nos casos em que há incerteza quanto à etiologia da forma anatômica das bochechas. Ultrassom, ressonância magnética e tomografia computadorizada tipo cone beam podem ser utilizadas.

A ultrassonografia pode nos dar a ideia de tamanho e localização, já a ressonância consegue proporcionar noção de relação com as estruturas adjacentes e permite até mesmo comparar os lados direito e esquerdo do paciente. As imagens obtidas nos cortes axiais de uma ressonância magnética permitem ter uma ideia do tamanho e uma certeza da posição da bola de gordura, portanto deve se ter cuidado ao dizer para um paciente que uma quantidade X será retirada.

As desvantagens da exposição à radiação, agentes de contraste, maior duração, disponibilidade reduzida e alto custo fazem com que a ressonância e a tomografia de imagem sejam utilizadas em menor escala. O ultrassom, por outro lado, é um método estabelecido de diagnóstico para estudar tecidos moles que foi relatado anteriormente como uma boa alternativa para avaliar o volume da bola de gordura.

Infelizmente ainda são poucos os profissionais que solicitam esses exames aos pacientes. Um outro problema observado é a aceitação das clínicas de Imagem para realização desses exames com encaminhamento de um dentista, vários obstáculos são colocados e por vezes muitos dentistas desistem e realizam o procedimento. Não devemos desistir de ter os exames de imagem, a realização evita alguns problemas como aberturas desnecessárias, remoção além do limite,

**A realização dos exames de imagem é imprescindível para que todo o procedimento de avaliação e remoção da bola de gordura seja realizada de forma adequada e com segurança.**

## TÉCNICA CIRÚRGICA

### INSTRUMENTAL

Para realização do procedimento de retirada de bola de Bichat com finalidade estética e/ou funcional, os instrumentais necessários são simples e de uso comum na prática odontológica.

- seringa carpule
- sonda exploradora, espelho clínico, pinça clínica
- afastador de Minnesota



- pinça Kelly



- pinça anatômica serrilhada 18 cm



- porta agulha tipo Mayo Higar 14 cm



- cabo de bisturi (lamina 15 ou 15C)



- tesouras de dissecação ponta curva romba pequena



- tesoura tipo Metzembbaum reta 15 cm



- tesoura tipo Iris pequena

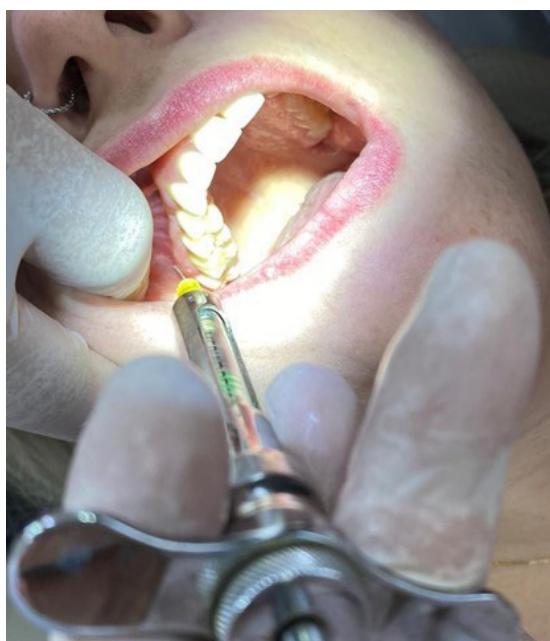


- cureta de Lucas 85



## ANESTESIA

Antes dos procedimentos é indicado a antisepsia intraoral com bochecho por 1 (um) minuto com clorexidina a 0,12%; antisepsia extraoral com gluconato de clorexidina a 2% e colocação do kit cirúrgico com campo fenestrado esterilizado. A anestesia utilizada para remoção intrabucal da gordura de Bichat é local, anestésicos como Mepivacaína ou Bupivacaína trazem bons resultados e apenas de 1 (um) a 2 (dois) tubetes em cada um dos lados é o suficiente. Devem ser anestesiados os nervos alveolares médio e posterior. Podemos conseguir ótima anestesia com o bloqueio troncular pós-tüber ou com a anestesia infiltrativa local, sendo injetada bem lentamente na região entre o primeiro e segundo molar superior (Figura 9).



**Figura 9:** Anestesia tipo infiltrativa na região do segundo molar

## PASSOS CIRÚRGICOS

- 1º passo – achar o ducto e esconder com afastador minnesota.
- Incisão horizontal de 1 cm na mucosa jugal - 1 cm posterior ao ducto, em frente ao 2º molar.
- Divulsão do plano muscular com tesoura de ponta romba.
- Acesso a cápsula da bola de gordura e incisioná-la delicadamente.
- Tração delicada da Bola de Bichat.

- Introduz o instrumental fechado (Metzembbaum) e abrir internamente, descolando a membrana da bola de Bichat.
- Ressecção do excesso de gordura.
- Termina um lado e não sutura, vai para o outro lado.
- Após o término remover o ar com uma pressão externa da face (massageando com os dedos).
- Sutura do plano mucoso.
- Colocar faixa de Kinésio® (bandagem compressiva) – por 07 dias, trocar e manter por mais 07 dias.

Vamos passo a passo, primeiramente devemos localizar a saída do ducto parotídeo que pode ser facilmente identificado na porção superior da mucosa jugal, quase em frente ao 1º molar superior, é daí que sai uma parte da saliva que está na nossa boca. Essa manobra é fundamental, se ficar difícil tente jogar um pouco de ar e observar a saída de saliva.

Com o auxílio do afastador iremos tampar a saída do ducto com o único intuito que é proteger de eventual incisão ou dano por acidente (Figuras 10 e 11). Com uma lâmina de bisturi 15C é feita uma incisão horizontal de 1 cm na mucosa jugal afastando cerca de 1cm do afastador para posterior, praticamente em frente ao 2º molar (Figura 12). Vale lembrar que podemos ter variações até no mesmo paciente quanto a localização e quantidade de gordura a ser retirada.



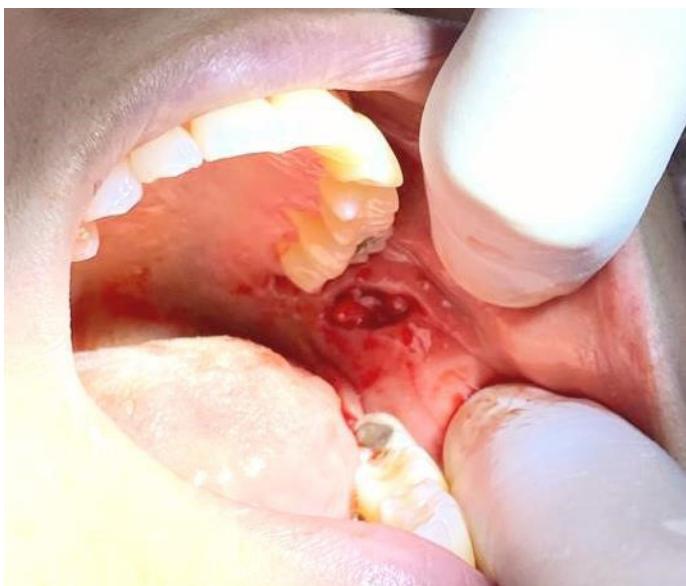
**Figuras 10 e 11:** Identificar e proteger o ducto parotídeo com o afastador de minnesouta.

Dissecção com tesoura de ponta romba (Metzembbaum) é realizada no tecido incisado e logo a cápsula que envolve a gordura de Bichat é visualizada (as vezes é necessário realizar pressão pelo lado externo da face, com o polegar pressionando a região), um tecido de cor amarelada deve aparecer e essa é a bola de gordura (Figura 13).



**Figura 12:** Incisão horizontal de 1,5 cm na mucosa jugal - 1 cm posterior ao ducto, em frente ao 2º molar.

Então inicia-se a tração que deve ser realizada de forma delicada com auxílio de porta agulha (Figura 14). Com um movimento chamado troca-de-pinças a bola de gordura é retirada e sabemos que chegou ao término quando a porção bucal da gordura acaba e resta um pedículo que a une com a porção pterigoídea e esse é o volume máximo a ser retirado (Figura 15-16). É nítida a mudança na coloração, aspecto e quantidade de tecido quando a porção bucal foi completamente retirada.



**Figura 13:** Identificação da Bola de Bichat.



**Figura 14:** Início do tracionamento de forma leve e delicada



**Figura 15:** Início do tracionamento de forma leve e delicada



**Figura 16:** Início do tracionamento de forma leve e delicada



**Figura 17:** Com cuidado inicia-se a remoção da bola de gordura

Uma membrana fina recobre toda a gordura e o rompimento desta levaria com que grânulos de gordura fossem espalhados para o interior da face (Figura 17-19). Os exames de imagem podem ser importantes para esse momento também, pois, podemos comparar se a gordura retirada é de volume semelhante a visualizada no exame.



**Figura 18:** Movimento de troca de pinças, retira-se a porção bucal da bola de gordura.

Após a remoção da gordura de um dos lados não se sutura imediatamente, é necessária compressão para retirada de possível entrada de ar e o lado oposto deve ser submetido ao procedimento. Movimentos de drenagem devem ser realizados com pressão do polegar sobre a face externa no lado em que a bola de gordura foi retirada a todo momento



**Figura 19:** Bola de gordura e tendão que separa os lóbulos de gordura

A sutura somente deve ser realizada ao término dos dois lados, é contra indicado o uso de fios de nylon devido a traumas junto margem gengival dos dentes situados adjacentes a sutura. Pode ser realizada sutura simples e na maioria das vezes dois pontos são suficientes para cada lado (Figura 20).



**Figura 20:** Sutura simples (2 a 3 pontos) do local.

O paciente deve ser novamente instruído ao pós-operatório, pois a falta ou negligência de cuidados poderão ter consequências desagradáveis como sintomatologia dolorosa, edema, equimose, incapacidade de se alimentar e dificuldade de abrir a boca. O ideal é passar todas as orientações pós-operatórias na consulta que antecede a realização da cirurgia. Sempre em duas vias, ficando uma das vias anexadas junto ao prontuário do paciente. Comunicação via email e Whatsapp podem ser eficazes e auxiliar os pacientes.

## PÓS-OPERATÓRIO

- Visando minimizar esse quadro de dor e edema (inchaço) aplicamos fitas de Kinésio® com o intuito de estabilizar os músculos envolvidos na região por 7 dias, com nova colocação por mais 7 dias (Figura 21).



**Figura 21:** Aplicação das fitas de Kinésio® por 7 dias

- Bolsas de gelo assim que acabar o procedimento auxiliam muito (Figura 22)



**Figura 22:** Crioterapia deve ter início imediatamente após o procedimento

- São indicados o uso de antibióticos, anti-inflamatórios não esteroidais e analgésicos, por 5 dias, observando a evolução do paciente durante esses dias, monitoramento e relembrar os cuidados necessários é fundamental.
- Crioterapia deve ser incentivada nas primeiras 48 horas (de 3/3 horas), tanto externamente com bolsas de gelo como internamente com sorvetes e bebidas geladas são importantes para uma boa recuperação.

- Após a cirurgia os cuidados são parecidos com uma extração de um dente inclusivo, apenas parecidos. A sintomatologia dolorosa e dificuldade de abertura bucal são eventos comuns de acontecer com todos submetidos a remoção da bola de gordura. Estudos mostram que somente após o 15º dia a boca começa a se normalizar e o uso de medicação analgésica é totalmente interrompido<sup>21</sup>.
- Suturas devem ser removidas em 7 dias (Figuras 23/24).



**Figura 23:** Após 7 dias realizar remoção da sutura



**Figura 24:** Sutura removida

- Nova colocação das fitas de Kinésio® por mais 7 dias (Figura 25).
- As fitas de Kinésio® taping ajudam no contorno e elevação da pele, sendo que esta elevação favorece a massagem a ser realizada na região, pois aplica-se trações e tensões superficiais, que geram uma drenagem dos fluidos corporais, e em conjunto com os movimentos corporais, promove trocas de pressão entre a primeira camada superficial da epiderme, derme, a fáscia superficial. Uma

vez aderida a pele, atuam na abertura e fechamento dos vasos linfáticos e sanguíneos devido aos seus diversos filamentos cujos efeitos consistem em aliviar a dor, diminuir o edema, favorece a aplicação dos espaços nos níveis epidérmicos, dérmicos e hipodérmicos; auxilia na cicatrização natural da cirurgia<sup>22,23</sup>.



**Figura 25:** Fitas de Kinesio devem ser mantidas por 7 dias

- Evitar alimentos quentes, alimentação pastosa e gelada nas primeiras 48 horas, após dois dias, começar progressivamente a aumentar a dureza e temperatura dos alimentos;
- Evitar esforço físico de qualquer natureza, dormir com 2 ou 3 travesseiros.
- O retorno ao dentista é compulsório, bem como ter fácil acesso paciente-profissional por meio de ligações e mensagens. Dar atenção total ao paciente no pós-operatório faz parte da terapêutica, mensagens podem ser trocadas e fotos enviadas facilitando a recuperação, afinal o resultado definitivo veremos em 180 dias.

## POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

A região onde está localizada a bola de Bichat está próxima de duas das ramificações do nervo do trigêmeo, o ramo maxilar (que acompanha todo o maxilar superior) e o ramo mandibular pode-se resultar em parestesia<sup>3,9</sup>.

Risco de hematoma, edema, paralisia (temporária ou permanente), sangramento excessivo durante ou depois do procedimento (hemorragia) podem ocorrer, portanto é importante lembrar que trata-se de um procedimento cirúrgico e que envolve riscos<sup>24</sup>.

Ter conhecimento anatômico é essencial e isto não se consegue realizando cursos de capacitação de 1 (um) ou 2 (dois) dias. É necessário treinamento para que todo procedimento possa ser realizado de forma segura, correta e com a mínima chance de complicações.

Seguem abaixo, alguns medicamentos que possam ser utilizados em complicações no pós-operatório:

- Celulite e abscesso – Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 875/125mg – 12/12 horas ou Clindamicina 300 mg (pacientes alérgicos a penicilina) 12/12 horas. Sem melhora clínica em 48 horas – drenagem extra ou intrabucal e colocação de dreno.
- Lesões no ducto parotídeo - Após drenagem o espaço volta a ser preenchido com líquido, pode ser necessária a reconstrução e colocação de dreno.
- Lesões nervosas - Medicação: Etna® – 1 cápsula de 8/8 horas, pode-se continuar até 60 dias. Atenção: 26% dos indivíduos o nervo facial passa pela gordura facial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao conteúdo exposto neste e-book está claro que a cirurgia de bichectomia (e o correto seria cirurgia de remoção parcial da bola de Bichat) é uma nova área de atuação do Cirurgião Dentista e muito procurado pelos pacientes de ambos os sexos. O paciente pode ser submetido a realização em ambiente de consultório e, trata-se de um procedimento seguro, desde que o profissional tenha um vasto conhecimento anatômico e treinamento cirúrgico para solucionar possíveis intercorrências.

É um dever do cirurgião esclarecer ao paciente os cuidados pós-operatórios, os possíveis resultados e riscos da técnica. Estes, devem estar pontualmente citados no termo de consentimento e assinado pelo paciente (no e-book tem um modelo).

O cuidado de uma indicação precisa e expectativas do paciente devem ser levadas em consideração e são primordiais para os excelentes resultados estéticos e terapêuticos (Figuras 26-35).

A grande maioria dos pacientes que são submetidos a remoção da bola de Bichat ficam contentes e satisfeitos. Os dias iniciais de pós-operatório são os mais difíceis mas bem tolerados com analgésicos, crioterapia e repouso. Mas sempre nas consultas iniciais os pacientes devem ser alertados desse tempo em que a abertura da boca e o aspecto externo da face ficarão alterados em função da cirurgia. Seguir as recomendações de pós-operatório é imprescindível para o sucesso.

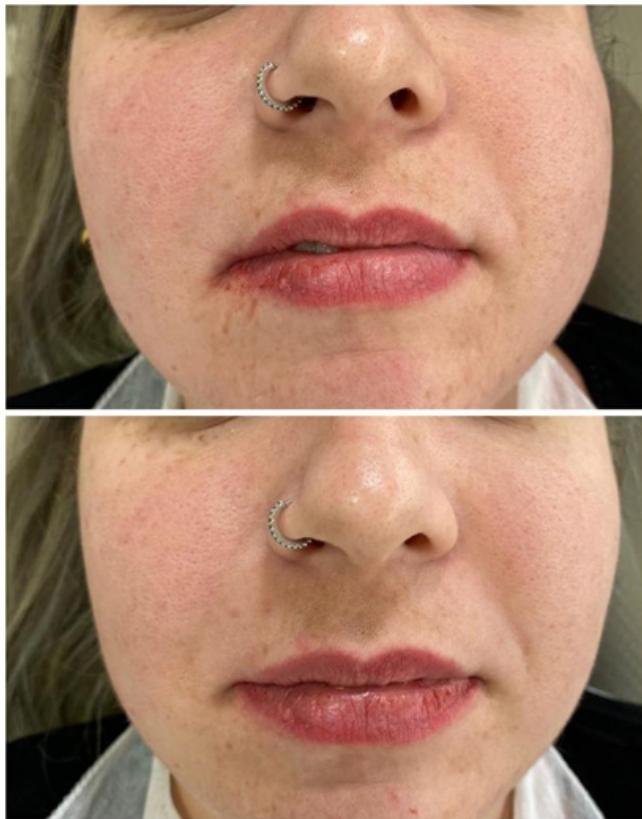
As pesquisas sobre a terapêutica são escassas, nenhum estudo que possa provar hipóteses foi realizado ate a presente data (Novembro de 2022) e eu particularmente não acredito que algum venha a ser realizado. Temos alguns estudos observacionais e relatos de caso, sem acompanhamento a longo prazo dos pacientes submetidos a *Buccal fat pad removal* (é assim que devemos procurar na Literatura). Minha opinião é que o procedimento pode ser utilizado desde que com as indicações corretas. Muita análise e conversas com o paciente devem ser realizadas, fazer por impulso pode vir a trazer insatisfações e arrependimentos.



**Figuras 26/27:** Efeitos na face: antes e após a cirurgia de afinamento cirúrgico da face.



**Figuras 28/29:** Efeitos na face: antes e após a cirurgia de afinamento cirúrgico da face.



**Figuras 30/31:** Efeitos na face: antes e após a cirurgia de afinamento cirúrgico da face.



**Figuras 32/33:** Efeitos na face: antes e após a cirurgia de afinamento cirúrgico da face.



**Figuras 34/35:** Efeitos na face: antes e após a cirurgia de afinamento cirúrgico da face.

## RECOMENDAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

### AFINAMENTO CIRÚRGICO DA FACE – BICHECTOMIA

Prezado paciente, você foi submetido (a) a uma intervenção cirúrgica. O não seguimento das orientações, descritas abaixo, poderá comprometer o resultado da cirurgia, portanto, é de extrema importância que siga- as rigorosamente.

- Não fique mordiscando ou apertando os lábios e a língua, pois isso poderá ferir gravemente, o que poderá causar maior dor que a própria cirurgia.
- Fazer compressa com gelo sobre o local operado, no lado externo (rosto). Alterne por 10 minutos em cada lado. Repita o maior número de vezes durante as primeiras 48 horas.
- Não remova as fitas de kinesiologia nas primeiras 30 horas, elas diminuirão o edema e inchaços iniciais
- O inchaço costuma aumentar por até 48 horas. A redução do mesmo poderá demorar até 15 dias.
- Tome as medicações exatamente como foi explicado e preescrito pelo cirurgião- dentista. Não pare a medicação na metade do tratamento só porque os sintomas desapareceram.
- Evite: falar desnecessariamente, fazer esforço físico e se expor ao sol ou qualquer outra fonte geradora no período de 48 horas.
- Em caso de hemorragia, comprimir o local com um tampão de gaze ou algodão durante uma hora.
- Não ingerir bebidas alcoólicas ou fumar durante a fase de recuperação, pois estas drogas influenciam diretamente no processo de reparação e cicatrização.
- Manter repouso durante as primeiras 24 horas, com a cabeça mais elevada que o resto do corpo, apoiada por travesseiros.
- Não fazer bochechos nas primeiras 24 horas e evitar “cuspír” a todo instante.
- Escovação dos dentes e língua normalmente, evitando traumatizar a área operada. Após 24 horas, iniciar bochechos leves e passivos 2 vezes ao dia (manhã e noite), com Periogard.
- Não assoe vigorosamente o nariz. Caso necessite tossir ou espirrar, faça- o de boca aberta e nunca pelo nariz.
- Poderá ocorrer o aparecimento de hematomas. Neste caso, passar na região Hirudoid pomada, 3 vezes ao dia, até o desaparecimento.
- É importante alimentar- se bem. Dê preferência aos alimentos frios ou gelados durante as primeiras 12 horas. Após 12 horas, é sugerido alimentos pastosos

em temperatura ambiente, como sopas e cremes. Somente após o terceiro dia, iniciar alimentação semi-sólida, em temperatura moderada. Evitar alimentos duros por uma semana.

- Caso haja febre alta, edema acentuado, dor persistente ou sangramento exagerado, entre imediatamente em contato com o Dr(a).

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, fui devidamente informado (a) sobre estas recomendações.

Cidade, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura do (a) paciente: \_\_\_\_\_

1<sup>a</sup> Via paciente/2<sup>a</sup> Via Consultório

## TERMO DE PERMISSÃO

### TERMO DE PERMISSÃO EXPLICADO E CONSENTIDO PARA CIRURGIA DE AFINAMENTO CIRÚRGICO DA FACE - BICHECTOMIA

1. Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_, autorizo ao Dr. \_\_\_\_\_ a realizar cirurgia de Bichectomia, eu procuro pelo serviço para retirar a bola de Bichat, afinar meu rosto e reparar as condições indicadas pelos estudos diagnósticos e/ou avaliações já realizadas, com as quais me foram explicadas e eu concordei.
2. Também, autorizo e indico o doutor acima mencionado a fornecer serviços adicionais que ele julgar necessário e apropriado, incluindo entre outros, administração de agentes anestésicos, realização de procedimentos laboratoriais, radiológicos, diagnósticos necessários, administração oral de medicamentos, injeção de medicamentos ou outro método de administração terapeuticamente aceito. Se uma condição imprevista ocorrer no curso do tratamento, a qual requeira realização de procedimentos adicionais ou diferentes daqueles estabelecidos, eu autorizo e indico os doutores a fazer o que eles julgarem necessário e apropriado nas circunstâncias, incluindo a decisão de não proceder à realização da cirurgia proposta.
3. Estou ciente de que as práticas odontológicas e cirurgias buco maxilo facial, não são ciências exatas, e reconheço que não foram dadas garantias em relação ao sucesso na minha cirurgia de Bichectomia e do tratamento e procedimentos associados. Estou ciente que existem riscos na cirurgia, que poderá haver necessidade de cirurgia(s) corretiva (s) adicional, com possível cirurgia corretiva associada.
4. O procedimento cirúrgico me foi explicado e reconheço a natureza da cirurgia e seus procedimentos.
5. Como em qualquer procedimento cirúrgico existe a possibilidade de complicações as quais me foram informadas. Elas são, dentre outras função oral limitada, dor pós-operatória, sangramento, infecção ou abscesso, escoriações temporária da face, redução ou aumento de salivação, lesão do nervo facial, lesão ducto parotídeo, reações alérgicas e medicamentos, mudança nos sentidos, insensibilidade do lábio, queixo, ou língua, que pode ser de natureza temporária ou permanente, que pode resultar em infecção e/ou abertura persistente necessitando outros procedimentos cirúrgicos para solucionar. Pode ocorrer cicatrização insuficiente podendo resultar na necessidade de procedimentos adicionais.
6. Fui informado que o uso do tabaco, álcool, drogas, açúcar, alimentos sólidos e/ou quentes, realização de esforços físicos e negligência nos cuidados com a higiene bucal podem afetar a cicatrização da região operada. Eu concordo em seguir as recomendações, cuidados, uso de medicamentos indicados de forma correta, e retornar ao Dr., no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ na Clínica \_\_\_:\_\_\_ horas para fazer exames regulares conforme instrução do mesmo, por não haver maneira de se predizer precisamente a capacidade de recuperação dos tecidos bucais

de cada paciente.

7. Estou ciente de ter fornecido relatório preciso do meu histórico de saúde física e mental. Também relatei reações usuais de drogas, alimentos, picadas de insetos, polens, pó, doenças sanguíneas ou corpóreas, reações gengivais ou de pele, sangramento anormal ou quaisquer outras condições relacionadas com minha saúde ou outros problemas experimentados com algum tratamento ou cuidado médico ou odontológico anterior. Se eu estiver em tratamento de saúde, certifico que discuti o procedimento cirúrgico proposto com a pessoa responsável pelos cuidados médicos e recebi sua permissão de ser submetido aos procedimentos cirúrgicos.
8. Estou totalmente ciente de que durante ou após o procedimento em questão, as condições podem indicar um tratamento adicional ou alternativo, de acordo com o julgamento dos doutores. Para tanto, autorizo por meio destes, o tratamento adicional ou alternativo, se julgado necessário.
9. Eu também autorizo a documentação casuística do meu tratamento, pelos métodos convencionais, fotografias, dispositivos, filmagens, modelos, radiografias, gravações, etc., podendo o mesmo ser utilizado com finalidade científico didática, respeitando os princípios éticos.
10. Eximo o Doutor \_\_\_\_\_ de toda responsabilidade sobre eventuais reivindicações ou demanda de danos para todas as lesões ou complicações que possam se originar desta cirurgia buco maxilo facial, não podendo em qualquer movimento alegar ignorância dos fatos e nem mesmo alegar ser leigo e desta forma, alegar que não entendeu qualquer um dos itens acima.
11. Outrossim, declaro que este formulário de permissão de cirurgia de Bicectomia, contém 02 (duas) folhas, sem emenda ou rasuras.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Paciente

---

Responsável (se necessário)

---

Testemunha

## PERGUNTAS FREQUENTES

### **1. Quanto é possível afinar o rosto?**

Estima-se que a cirurgia para ressaltar as maçãs do rosto pode afinar o rosto em até 75% na espessura, deixando a face com a aparência mais delgada (magra). A cirurgia além de afinar o formato do rosto faz com que as maçãs do rosto e a linha da mandíbula fiquem mais realçadas causando uma aparência estética bastante agradável.

### **2. Quem é o candidato ideal para essa plástica?**

A cirurgia para afinar o rosto pode ter caráter 100% estético e qualquer paciente que se sinta desconfortável com aparência das bochechas é um possível candidato traz ao rosto curvas atraentes com uma aparência mais fina ao redor da boca, realçando as maçãs do rosto e a linha da mandíbula. Também procuram pacientes com dificuldades de mastigação, onde as bochechas são frequentemente atingidas durante a mastigação causando feridas que demoram a cicatrizar. E atualmente as pacientes que foram submetidas a cirurgia BARIATRICA tornaram-se as adeptas mais frequentes.

### **3. Em que idade pode ser feita a cirurgia de bichectomia?**

A cirurgia é indicada quando já houve o crescimento completo do rosto. Isso ocorre geralmente após a adolescência. É fundamental que o paciente esteja no seu peso ideal e com o formato do rosto adulto bem definido.

Não existe uma faixa etária ideal para realizar a bichectomia: a cirurgia pode ser realizada após os 16-18 anos (com consentimento dos pais). A bichectomia é feita há muito tempo como procedimento de rejuvenescimento facial, ou seja, pacientes com mais de 45-50 anos também tem o benefício de alcançar uma aparência mais jovial, desde que aliado a cirurgia plástica.

### **4. A bichectomia é uma cirurgia que pode ser feita em homens e mulheres?**

A bichectomia para o homem tem resultados tão bons quanto para as mulheres. Os homens que tem as bochechas muito “redondas” podem fazer a cirurgia ficando com o rosto mais harmônico.

### **5. Com a retirada da gordura, as bochechas podem ficar flácidas?**

A bichectomia não tem influência negativa na flacidez de pele do rosto. A gordura retirada é muito profunda em relação à pele e, além disso, o volume retirado não é tão grande a ponto de causar flacidez. A bichectomia começou a ser realizada inclusive como uma cirurgia de rejuvenescimento do rosto, retirando-se a gordura de Bichat para melhorar

as “papadas” e o pescoço. Após a cirurgia a pele se adapta ao novo contorno facial mais afinado.

## **6. O procedimento pode ser usado para melhorar a simetria facial?**

Nos pacientes que apresentam uma assimetria facial significativa na região das bochechas, onde está localizada a bola de Bichat, pode se retirar a gordura em quantidades diferentes tentando melhorar a assimetria do rosto e bochechas.

## **7. Quais os riscos da bichectomia?**

A bola de gordura da face é rodeada por ramos bucais do nervo facial e pelo ducto parotídeo. Sendo assim, o principal risco é ocorrer lesão de alguma dessas estruturas.

Em relação a possível lesão dos ramos bucais, essa quando ocorre costuma ser temporária tendo em vista que há diversas ramificações dos ramos bucais que acabam fazendo a função de um ramo eventualmente lesado. Tratamento com laser de baixa potência tem se mostrado efetivo.

## **8. Onde e como pode ser feita essa cirurgia?**

Pode-se realizar sem problemas em clínica ou consultório odontológico. Utiliza-se anestésico como para a extração de um dente. Dura cerca de 40 minutos.

## **9. Como deve ser a alimentação após a redução das bochechas?**

Nos primeiros dois dias após a bichectomia – cirurgia de redução das bochechas para afinar o rosto – é aconselhada dieta líquida e pastosa. Alimentos gelados como sorvetes e sucos são sempre indicados, pois ajudam a diminuir o edema na região. Após o terceiro dia uma dieta com alimentos sólidos já pode ser retomada.

## **10. Quais os cuidados no pós-operatório de bichectomia?**

O pós-operatório da bichectomia costuma ser tranquilo. Você receberá medicações para controle da dor, a qual não costuma ser forte. Algumas horas após a cirurgia poderá ir para casa se recuperar com mais conforto.

Nos primeiros dias ocorre após a cirurgia de bichectomia, aparece um inchaço normal na região da cirurgia que costuma regredir após 72 horas. Portanto, reserve esse período para não se expor socialmente e se recuperar em casa.

Algumas áreas podem ficar roxas e irão melhorar após alguns dias.

Atividade física devem ser evitadas durante um período mínimo de 20 dias.

## **11. Existe a possibilidade de o rosto voltar ao formato original?**

O volume das bochechas, secundário ao excesso de gordura de bucal, não sofre alterações após a bichectomia. A bola de Bichat uma vez retirada não volta e, mesmo que

não retirada completamente, não tem tendência em aumentar de tamanho.

## **12. Como é a recuperação da bichectomia?**

Pode ocorrer um pouco de inchaço e algumas áreas roxas na bochechas. Recomendo sempre o uso de compressas e alimentos gelados para diminuir esses sinais. Seguir todos os cuidados recomendados é fundamental. De qualquer maneira, a recuperação costuma ser tranquila:

- atividades sociais e trabalho podem ser retomados em alguns dias (5-7 dias)
- atividades físicas após duas semanas.

## **13. Quando ficar mais velha (o) meu rosto vai cair ainda mais se fizer a bichectomia?**

Quando realizada uma busca por pesquisas científicas sobre a bichectomia conseguimos observar alguns estudos com a técnica extra oral e poucos com a técnica intra oral, preconizada em 20061. Não conseguimos prever o que acontecerá com a face externa de uma pessoa que foi submetida a bichectomia pela técnica intra oral. Os estudos existentes não proporcionam embasamento para a realização ou não da gordura de Bichat de forma previsível ao envelhecer. A perda de colágeno é inerente para todos, vai acontecer, e dependendo dos hábitos, alimentação e da genética poderá acontecer de forma rápida e com efeitos intensos ou de forma moderada, é individual e esse é mais um motivo para realização de uma detalhada anamnese para determinação dos pacientes indicados para o procedimento de remoção da gordura de Bichat.

A manipulação da gordura de Bichat sempre foi procedimento comum ao dentista, a gordura pode ser utilizada para o fechamento de fistulas buco-sinusais e nos últimos anos tem sido associada à terapia com uso de células tronco<sup>5-8</sup>. O que não era comum até 2006 era a remoção da bola de gordura, ela tinha uma serventia no caso da necessidade do fechamento da fístula. E ainda tem, a gordura não se recompor isso é fato, uma vez retirada nós não temos mais esse depósito de gordura.

Escolher um profissional que tenha como características além do conhecimento da técnica é importante, saber detalhadamente anatomia craniana, ter senso estético e indicação precisa do tratamento de remoção da bola de gordura são fundamentais para o sucesso. Não são todos os pacientes indicados para bichectomia e errar o diagnóstico pode significar perder muitos pacientes, ou você acha que alguém vai procurar um dentista que não obteve o resultado de redução no procedimento ou que ocasionou uma lesão anatômica mesmo que reversível para o paciente?

## REFERÊNCIAS

1. Matarasso A. Managing the buccal fat pad. *Aesthet Surg J.* 2006;26(3):330-336. doi:10.1016/j.asj.2006.03.009,
2. Brucoli M, Arcuri F, Borello G, Benech A. Surgical technique of the transoral approach to remove a lipoma of the buccal fat pad. *J Craniofac Surg.* 2011; 22(6):2415-8.
3. Zhang YP, Qi KM, Wang JQ, Liu ZF. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations, *Plastic and reconstructive Surgery* 2002; 109 (7):2509-18.
4. Roman-Torres CVG, Sani AJ, Cordeiro J, Filho SM, Sampaio RMF et al. Bichat's Buccal Fat Pad Removal: Cheek Reduction Surgery. *J Dent Health Oral Disord Ther.* 2017; 7(4): 00250.
5. Egyedi P. Utilization of buccal fat pad for closure of oroantral and/or oronasal communications. *J Maxillofacial Surg* 1977; 5:241-4.
6. Shrivastava G, Padhiary S, Pathak H, Panda S, Lenka S. Buccal Fat Pad to Correct Intraoral Defects. *Int Journal of Scientific and Research Public.* 2013; 3(2): 1-4.
7. Alkan A, Dolanmaz D, Uzun E, Erdem E. The reconstruction of oral defects with buccal fat pad. *Swiss Med Wkly.* 2003; 133:465-70.
8. Holton LH, Rodriguez ED, Silverman RP, Singh N, Tufaro AP, Grant MP. The buccal fat pad flap for periorbital reconstruction: a cadaver dissection and report of two cases. *Plastic Reconst Surgery* 2004; 114(6):1529-33.
9. Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plastic Reconst Surgery* 2007; 119(7):2219-27.
10. Loukas M, Kapos T, Louis RG Jr, Wartman C, Jones A, Hallner B. Gross anatomical, CT and MRI analyses of the buccal fat pad with special emphasis on volumetric variations. *Surg Radiol Anat.* 2006 Jun;28(3):254-60. doi: 10.1007/s00276-006-0092-1.
11. Hwang K, Cho HJ, Battuvshin D, Chung IH, Hwang SH. Interrelated buccal fat pad with facial buccal branches and parotid duct. *J Craniofacial Surg.* 2005; 16(4): 658-660.
12. Steinberg MJ, Herréra AF. Management of parotid duct injuries. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005 Feb;99(2):136-41. doi: 10.1016/j.tripleo.2004.05.001.
13. Xiao, H., Bayramiçli, M., & Jackson, I. (1999). Volumetric analysis of the buccal fat pad. *European Journal of Plastic Surgery*, 22, 177-180.
14. Matarasso A. Buccal fat pad excision: aesthetic improvement of the midface. *Ann Plast Surg.* 1991; 26(5):413-8.
15. Ramirez OM. Buccal fat pad pedicle flap for midface augmentation. *Ann Plast Surg.* 1999; 43(2): 109-118

16. Moura LB, Spin JR, Spin-Neto R, Pereira-Filho VA. Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: an established technique? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018; 1;23(4):e478-e484.
17. Denis SV, Sibielie SV, Alexandre VP. Comparison of Hospital versus office-based Buccal Fat Pad Partial Lipectomy using the Bicheckomia Technique. *Adv Plast Reconstr Surg*, 2018; 2(2): 188-191.
18. Jackson IT. Buccal fat pad removal. *Aesthetic Surg J*. 2003;23:484-5.
19. Pereira AG, Napoli GF, Gomes TB, Rocha LPC, Rocha TDC, e Silva MRMA. Ultrasound-guided bicheckotomy: A case report of a novel approach. *Int J Case Rep Images* 2020;11:101086Z01AP2020.
20. Sezgin B, Tatar S, Boge M, Ozmen S, Yavuzer R. The Excision of the Buccal Fat Pad for Cheek Refinement: Volumetric Considerations. *Aesthet Surg J*. 2019 May 16;39(6):585-592. doi: 10.1093/asj/sjy188. PMID: 30084868.
21. Roman-Torres C, Domingues NRAP, Pimentel AC, Marão HF, Sendyk WR. Post-Operative Evaluation of the Intra-Oral Buccal Fat Pad Removal Technique: A Prospective Study. *The Open Dentistry Journal*, 2020, 14: 324-328.
22. Ristow O, Pautke C, Kehl V, Koerd S, Hahnefeld L, Hohlweg-Majert B. Kinesiologic taping reduces morbidity after oral and maxillofacial surgery: a pooled analysis. *Physiother Theory Pract*. 2014; 30(6): 390-398. doi:10.3109/09593985.2014.891068.
23. Bosman J, Piller N. Lymph taping and seroma formation post breast cancer. *J Lymphoed*. 2010; 5(2):12-21.
24. Traboulsi-Garet B, Camps-Font O, Traboulsi-Garet M, Gay-Escoda C. Buccal fat pad excision for cheek refinement: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2021 Jul 1;26(4):e474-e481. doi: 10.4317/medoral.24335.

## SOBRE O AUTOR

**CAIO VINICIUS G. ROMAN-TORRES** - Natural de Santos/SP, passou a infância e adolescência em Cubatão/SP e de lá foi para Ribeirão Preto/SP cursar Odontologia, formou-se no final de 1996, na Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP e em 1997 era aluno do Curso de Especialização em Periodontia em Santos com os Profs. Eduardo Trevisani e José Sani Neto. Em 1998 terminando a Especialização veio o convite para ser professor do curso de Especialização de Periodontia onde ficou até 2001. Em 2002 foi estagiário do Prof. Roberto Lotufo em São Paulo e iniciou Mestrado em Periodontia na Universidade de Taubaté sob orientação do Prof. José Roberto Cortelli. Terminou o Mestrado em 2004, e teve o primeiro artigo de pesquisa publicado, no *Journal of Periodontology*. Nessa época foi diretor e vice-presidente do Sindicato dos Odontologistas de Santos e Região e atendia todos os dias no consultório particular na cidade de Cubatão. Em 2007 iniciou o Doutorado em Periodontia, terminando em 2009, e voltando a dar aula em Santos nas disciplinas de Radiologia, Periodontia e Bioética na Faculdade de Odontologia e de Epidemiologia na Faculdade de Medicina. Em 2011 iniciou como Professor Doutor do Programa de Mestrado e Doutorado em Odontologia da Universidade Santo Amaro em São Paulo, onde atua até hoje, nas disciplinas de Periodontia e Cirurgia Buco Maxilo Facial no curso de graduação em Odontologia e nas disciplinas de Técnicas Periodontais em Implantodontia, Didática do Ensino Superior e Epidemiologia no Programa de Mestrado e Doutorado. Ministrou seu primeiro curso de Afinamento Cirúrgico da Face em 2017, e até os dias de hoje são vários cursos ministrados no país, centenas de cirurgias realizadas no consultório, pesquisas observacionais com pacientes que tiveram a retirada da bola de Bichat e alguns artigos publicados em revistas internacionais sobre o assunto. As pesquisas continuam...

# AFINAMENTO CIRÚRGICO DA FACE: *GUIA PARA DENTISTAS*

- 🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
- ✉️ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
- 📷 [@atenaeditora](#)
- ⬇️ [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# AFINAMENTO CIRÚRGICO DA FACE: *GUIA PARA DENTISTAS*

- 🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
- ✉️ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
- 📷 [@atenaeditora](#)
- ⬇️ [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)