

Patricia Octavio de Oliveira

Remoção da Bola Adiposa de Bichat – revisão literária

Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2021

Patricia Octavio de Oliveira

Remoção da Bola Adiposa de Bichat – revisão literária

Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2021

Patricia Octavio de Oliveira

Remoção da Bola Adiposa de Bichat – revisão literária

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária

Patricia Octavio de Oliveira
Orientador: Prof. Doutor Abel Salgado

RESUMO

A cirurgia para a remoção da Bola Adiposa de Bichat, também chamado de Corpo Adiposo da Bochecha, tem apresentado aumento crescente entre as intervenções cirúrgicas orais, tem sido utilizada para reconstruir defeitos maxilares, defeitos em rebordo alveolar, defeitos de palato duro e mole, de bochecha e de fossa amigdalina, além de contribuir para a melhoria estética da face e para a harmonização do sorriso.

O presente trabalho pretende explorar o tema, abordar a intervenção cirúrgica e seus aspectos anatômicos, discutir as diferentes aplicações e objetivos deste tipo de intervenção cirúrgica, além de suas vantagens e desvantagens.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica (2000 a 2020), nos modelos de busca *B-on e PubMed* com as palavras chave: “bichectomy”(bichectomia); “Bichat Fat”(Bola Adiposa de Bichat), “facial sugery”(cirurgia facial), “cheek fat body”(corpo adiposo da bochecha).

A cirurgia para a remoção da Bola de Bichat tem sido ainda utilizada em casos de peri-implantite, quistos e tumores da cavidade oral, além de estar sendo utilizada em um contexto estético para a Harmonização Orofacial. Conclui-se que esta intervenção cirúrgica apresenta-se como um recurso terapêutico de interesse crescente na área de cirurgia oral e facial.

Palavras-chaves: cirurgia facial; corpo adiposo da bochecha; bichectomia; Bola Adiposa de Bichat.

ABSTRACT

Surgery for the removal of the Adipose Ball of Bichat, also called Adipose Body of the Cheek, has shown an increasing increase among the oral surgical interventions, it has been used to reconstruct maxillary defects, defects in alveolar ridge, defects of hard and soft palate, of cheek and tonsilline fossa, in addition to contributing to the aesthetic improvement of the face and the harmonization of the smile.

This study explores the theme, addressing surgical intervention and its anatomical aspects, discussing how different applications and objectives of surgical intervention, in addition to its advantages and disadvantages.

A bibliographic Search was carried out (2000 to 2020), in the search models *B-on* and *PubMed* with the Keywords: “bichectomy”; “Bichat fat”; “facial surgery”; “cheek fat body”.

Surgery to remove the bicolor ball has also been used in cases of peri-implantitis, cysts and tumors of the oral cavity, in addition to being used in an aesthetic context for Orofacial Harmonization. It is concluded that this surgical intervention presents itself as a therapeutic resource of increasing interest in the area of oral and facial surgery.

Keywords : bichectomy; Bichat fat; facial surgery; cheek fat body; buccal fat pad.

“Todos os seus sonhos podem virar verdades. Caso você tenha a coragem de persegui-los.”

Walt Disney

“Eu sou aquela mulher que fez a escalada da montanha da vida, removendo pedras e plantando flores.”

Cora Coralina

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos amados, Pietra, Luiza e Pedro, que suportaram grandiosamente minha ausência neste período em que estive mais no Porto, na Universidade Fernando Pessoa, do que em casa. Pietra mostrou ser a mulher maravilhosa que lutei para criar e cuidou impecavelmente de seus irmãos, sem ela eu não teria conseguido estar aqui. Luiza e Pedro mesmo com pouca idade foram muito maduros, entenderam a importância de meu esforço e se esforçaram mais ainda para me ajudar. Por eles e para eles dedico cada minuto da minha vida, para que sejam pessoas felizes, generosas e realizadas.

Ao meu marido André que me apoiou, e foi fundamental para que tudo isso fosse possível, entendeu e fez o possível para suprir minha ausência em casa nesta fase. Obrigada por ser meu parceiro, um pai amoroso e presente.

Ao meu pai Waldyr, *in memoriam*, um excelente dentista e pai, que foi meu exemplo nesta profissão que exerço há tantos anos e continuo lutando para poder exercer. Foi graças a ele e por ele que me tornei médica dentista no Brasil em 1997 e continuo me esforçando para ser médica dentista aqui em Portugal, ele me ensinou o respeito e amor por esta linda profissão.

A minha mãe Miriam, que ensinou a mim e aos meus irmãos o que realmente importa, o respeito e compaixão pelo próximo, a estudar muito e lutar pelo que desejamos mas com justiça e respeito, nos tornou pessoas fortes e realizadas.

Aos meu irmãos Thais e Raphael, a minha querida avó Alzira e ao meu sobrinho Gabriel que mesmo distantes, tantas saudades, sempre fizeram parte de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus filhos e marido por me apoiarem e entenderem minha ausência durante a realização deste trabalho.

Aos meus amigos da Universidade Fernando Pessoa, em especial Alessandra Barbedo que me ajudou, foi meu binômio em muitas clínicas, uma parceria que deu certo. Aos amigos, Cassio, Carmela, Karen, Carla Faria, Valentina que fizeram destes dias aqui no Porto mais gostosos e bem humorados.

Agradeço especialmente ao Professor Doutor Abel Salgado por toda orientação e disponibilidade desde o primeiro dia que lhe pedi que me orientasse.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Obrigada.

ÍNDICE

RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VI
DEDICATÓRIA.....	VIII
AGRADECIMENTOS.....	IX
ÍNDICE.....	X
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
ABREVIATURAS.....	XI
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. MATERIAIS E MÉTODOS.....	2
III. DESENVOLVIMENTO.....	3
1. PRÍNCIPIOS ANATÔMICOS E ABORDAGEM CIRÚRGICA.....	3
2. CIRURGIA PARA A REMOÇÃO DA BOLA ADIPOSA DE BICHAT: SUAS INDICAÇÕES.....	6
2.1- FINS TERAPÊUTICOS.....	6
2.1.1- COMUNICAÇÃO OROANTRAL.....	6
2.1.2- QUISTOS E TUMORES.....	8
2.1.3- OSTEONECROSE.....	9
2.1.4- PERI-IMPLANTITE.....	10
2.2- FINS ESTÉTICOS.....	12
IV. DISCUSSÃO.....	13
V. CONCLUSÃO.....	14
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Anatomia da Bola Adiposa de Bichat, adaptada do trabalho de Matarasso A., <i>et al.</i> , 2016.....	4
Figura 2 – Figura adaptada do trabalho de Kim <i>et al.</i> , 2017.....	4

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Estágios da osteoradionecrose (Nabil e Ramli, 2013)	10
Tabela 2 - Classificação da Peri-Implantite de acordo com Froum e Rosen (2012)	11

ABREVIATURAS

BAB - Bola Adiposa de Bichat

HS - Hemorragia a Sondagem

PS - Profundidade de Sondagem

I. INTRODUÇÃO

O primeiro autor a descrever esta estrutura foi Heister (1732) mas ele a descreveu como estrutura glandular. Foi Marie-François Xavier Bichat, anatomista francês, que em 1802 descreveu esta estrutura anatômica como tecido adiposo, daí denominada " Bola de Bichat" (Bichat, 1802).

A cirurgia para a remoção da Bola Adiposa de Bichat, também conhecida por "bichectomia", vem apresentando muito interesse na medicina dentária e há um aumento crescente no número de intervenções cirúrgicas envolvendo esta estrutura.

A bola adiposa de Bichat está localizada numa área da face rodeada por várias estruturas anatômicas importantes (Bichat, 1802). É preciso conhecimento anatômico desta região para evitar complicações e sequelas.

Esta estrutura anatômica preenche o espaço mastigatório, separando os músculos mastigatórios entre si e, também, o ramo mandibular e complexo zigomático, devido a sua localização pode também ser utilizada para fins estéticos em cirurgias para harmonização facial (Dublin *et al.*, 1989).

Tem função mecânica, facilitando os movimentos musculares, como mastigação e sucção (Stuzin *et al.*, 1989). O volume total da bola adiposa de Bichat é de aproximadamente, 9,6ml, e sua remoção deve ser limitada a 2/3 desse volume (Stuzin *et al.*, 1990).

É recoberta por uma fina cápsula fibrosa, isolando-a do contato direto com os tecidos circunvizinhos. É uma estrutura com função estética, responsável pelo contorno facial (Kennedy, 1988).

A Bola de Bichat tem sido utilizada na medicina dentária para reconstruir defeitos maxilares na área que vai de pré-molar à tuberosidade da maxila, defeitos no palato duro e mole até ao rebordo alveolar, bochecha e fossa amigdalina (Bernardino Junior *et al.*, 2008).

Este trabalho teve como objetivo abordar o tema da Cirurgia para a Remoção da Bola Adiposa de Bichat, no âmbito de uma revisão de literatura, abordando aspectos anatômicos da região, as indicações clínicas para o uso deste tecido adiposo, além das vantagens e desvantagens no seu uso.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

Para este estudo foi realizada pesquisa bibliográfica com limite temporal entre 2002 e 2020, sendo incluídas outras referências mais antigas por serem consideradas de grande importância para o estudo.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nos motores de busca B-on e Pubmed, com as palavras-chave: "Bichat fat" or "bichectomy" or "cheek fat body" or "buccal fat pad" and "facial sugery".

Foram incluídos artigos com acesso livre ao acervo da biblioteca da Universidade Fernando Pessoa ao texto integral, em português e em inglês, ensaios clínicos, artigos de revisão literatura, relatos de casos e livros; foram excluídos artigos de acesso limitado e cujo tema não era pertinente ao estudo.

Após este processo foram selecionados 58 artigos, e para a elaboração deste trabalho foram incluídos 32 artigos.

III- DESENVOLVIMENTO

1 - PRINCÍPIOS ANATÔMICOS E ABORDAGEM CIRURGICA

A Bola Adiposa de Bichat (BAB) como um elemento anatomico foi mencionado pela primeira vez por Heister em 1732 e foi descrito por Bichat em 1802 que realmente, reconheceu a sua morfologia. A BAB é uma estrutura anatomicamente arredondada e biconvexa de grande importância no contorno facial. É um tecido adiposo envolto por uma cápsula delgada e localizado dentro de ambos os espaços mastigatórios da região oromaxilofacial, situando-se no exterior do musculo bucinador e na frente da margem anterior do músculo masseter. A BAB também estende-se para cima e para trás, invadindo a fossa infratemporal e relacionando-se com a maxila, com os músculos temporais e com os músculos pterigóides (Di Dio, 2002). A nível superficial, situa-se na fáscia que cobre o músculo bucinador, conferindo contorno arredondado às bochechas, especialmente nos lactentes (Sicher e Tandler, 1981).

A BAB possui volume de 9,6 mL, espessura de 6 mm e peso aproximado de 9,3 g de acordo com Tideman e Samman (1995). A BAB é cercada por uma cápsula fibrosa fina. A BAB é uma massa de tecido adiposo especializado chamada sissarcose, uma gordura que aumenta o movimento muscular. É distinto da gordura subcutânea e mostra semelhança marcante com a gordura orbital. Pode facilmente cobrir defeitos de pequeno a médio porte, com cerca de 4 cm de diâmetro (Manuel, 2015).

A fisiologia do tecido adiposo bucal não está totalmente esclarecida. Porém, acredita-se que a BAB esteja intimamente associado aos músculos da mastigação. Ela desempenha um papel importante na função mastigatória, especialmente no lactente durante a sucção de acordo com os estudos de Madeira (2001) . Seu tamanho diminui à medida que o bebê cresce com o crescimento das estruturas faciais circundantes. No adulto, a BAB aumenta o movimento intermuscular e se assemelha à gordura orbital em aparência e função (Teixeira *et al.*,2001).

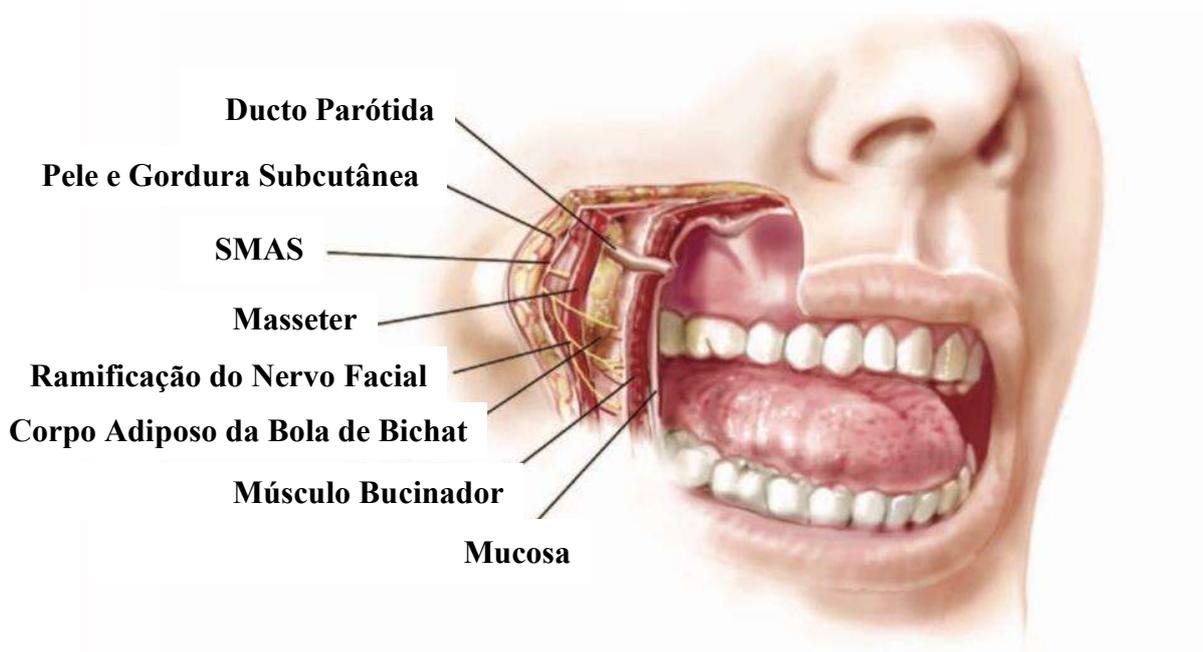


Figura 1 – Anatomia da Bola Adiposa de Bichat, figura adaptada do trabalho de Matarasso A., *et al.* (2016)

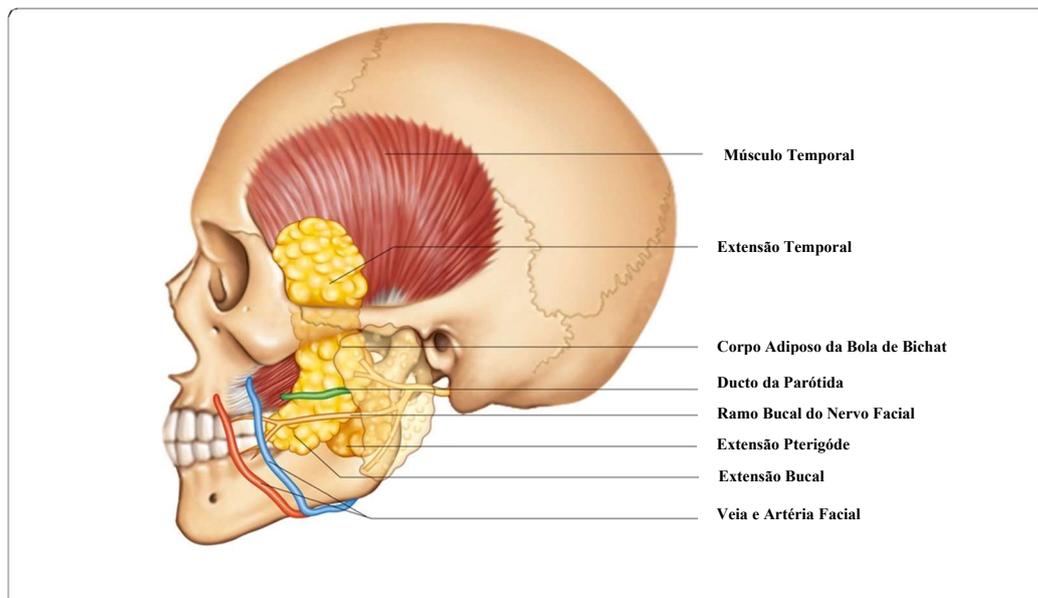


Figura 2 –Figura adaptada do trabalho de Kim *et al.*, (2017).

Em termos anatômicos, a massa adiposa é composta por um corpo central e por quatro extensões, designadamente a oral, a superficial, a pterigoidal e a temporal profunda. Em relação ao corpo principal, este encontra-se em profundidade ao longo de toda a parte posterior da maxila e das fibras posteriores do bucinador, enquanto a porção pterigoidal se localiza, por sua vez, aprofundada no lado medial ao ramo mandibular e nas superfícies laterais dos músculos pterigóides lateral e medial, constituindo na porção oral mais utilizada nos procedimentos de reconstrução oral (Madeira, 2001).

O suprimento sanguíneo é fornecido pelos ramos vestibulares e profundos da artéria maxilar, pelos ramos transversais da artéria temporal superficial e pelos ramos da artéria facial (Bernardino Júnior *et al.*, 2008). O rico suprimento de sangue pode explicar a alta taxa de sucesso. Também pode ser uma das razões para a rápida epitelização da gordura.

Em relação a técnica cirúrgica o profissional deve ter atenção às estruturas anatômicas no acesso cirúrgico, principalmente com o ducto da glândula parótida. A incisão deve ser realizada abaixo do ducto, ligeiramente a frente ou atrás do mesmo, com uma extensão de aproximadamente 1,5cm. A divulsão dos planos anatômicos deve prosseguir de um modo delicado, e considerando todas as estruturas anatômicas nobres que se encontram próximas, tais como: o ramo da artéria facial, maxilar e do nervo facial. Preservar as estruturas anatômicas adjacentes é crucial para o sucesso da abordagem cirúrgica (Brasil *et al.*, 2016).

O profissional que pretende realizar a cirurgia para a remoção da bola adiposa de Bichat deve avaliar atentamente o paciente e levar em consideração eventuais assimetrias faciais, proporções da face e os tipos de rosto (Matarasso, 2006). O conhecimento da anatomia de cabeça e pescoço é de extrema importância para um correto diagnóstico e execução de um bom plano de tratamento.

2- CIRURGIA PARA A REMOÇÃO DA BOLA ADIPOSA DE BICHAT: SUAS INDICAÇÕES

2.1- Fins Terapêuticos

No âmbito clínico a Bola Adiposa de Bichat (BAB) pode ser utilizada em vários procedimentos da cirurgia oral, tanto para fins terapêuticos como para fins estéticos. No contexto da literatura existente os usos mais frequentes apontam para a reconstrução de defeitos orais, como é o caso do fecho da comunicação oroantral e das fendas palatinas, para quistos e tumores, para a regeneração no tratamento da osteonecrose e peri-implantite. Na sequência abordar-se-ão as principais aplicações da técnica de Remoção da Bola Adiposa de Bichat, aprofundando sobre cada uma.

2.1.1- Comunicação Oroantral

A comunicação oroantral está normalmente associada a uma complicação pós exodontia, mais frequente na remoção do primeiro e segundo molares superiores, isto se deve a posição anatômica com íntimo contato entre os ápices radiculares destes dentes e o seio maxilar, o que pode resultar num rompimento da membrana sinusal associada frequentemente a inflamação e infecção da mucosa. É preciso citar que esta complicação depende de alguns fatores, tais como: estrutura anatômica do seio maxilar, da inflamação da mucosa sinusal, da ocorrência de alterações significativas periapicais, presença de quistos ou tumores e de características do próprio paciente.

O seu diagnóstico é feito pelo exame clínico, mais precisamente através da manobra de Valsalva além de outros exames imagiológicos (Kapustecki *et al.*, 2016).

A utilização do corpo adiposo de Bichat para este tipo de cirurgia oral foi descrito desde 1977 por Egyedi, em 2015 Peñarrocha-Oltra *et al.*, demonstrou que o uso da BAB apresenta uma cura total com bons resultados a nível estético, fonético e mastigatório, após 6 meses da realização da cirurgia para correção da comunicação oroantral.

No entanto, é importante enfatizar a importância de considerar o tamanho da comunicação oroantral para o sucesso da técnica em questão, pois esta é recomendada quando as comunicações são superiores a 5mm. Contudo é crucial que se limite a quantidade de BAB, visto que defeitos de dimensões superiores podem resultar em várias complicações pós-operatórias. As complicações mais frequentes são a persistência da fístula, a limitação de abertura de boca e a depressão das bochechas, o que compromete a estética facial do paciente (Domingues S., 2018).

É importante também abordar aqui a fenda palatina: esta consiste num dos defeitos congênitos craniofaciais mais frequentes, sendo que a fissura palatina e a restrição do crescimento transversal maxilar remetem para um problema bastante significativo nesta mesma deformidade.

Segundo revisão literária com 27 artigos científicos (Resende, F. S. *et al.* 2018) pacientes afetados por esta doença apresentam como sinais: passagem de fluido para o nariz, paladar alterado, halitose, obstrução nasal unilateral, tosse noturna, zumbido, distúrbios da deglutição, coriza, dor contínua, vazamento de ar ao assoar o nariz, alteração da dor de cabeça, sangramento, rouquidão, otalgia, surdez catarral, halitose, desconforto respiratório ou sensação de falta de ar, língua amarelada.

Uma das principais complicações da comunicação é a sinusite maxilar aguda ou crônica, causada pela contaminação dos seios da face pela microbiota oral ou por objeto estranho no antro, o que impossibilita o fecho dessas comunicações se o seio estiver infectado. Também pode ocorrer o desenvolvimento de uma fístula que é descrita como uma comunicação epitelial entre a cavidade oral e o seio maxilar, o que impede o fecho espontâneo da perfuração ou o desenvolvimento de infecções bacterianas. Vale ressaltar que, nos casos de diagnóstico tardio, pode levar à epifasia e /ou algia hemifacial. Nestes casos a complicação é tratada primeiramente, para posterior realização do procedimento cirúrgico (Resende, F. S. *et al.*,2018).

A bola adiposa Bichat é indicada no fecho das comunicações oroantrais porque apresenta várias vantagens, tais como: é um método de enxertia simples, de acesso rápido e fácil que permite ajustes após uma semana, tem uma incidência mínima de falha, não interfere na profundidade do sulco, tem rápida epitelização de gordura, tem um bom prognóstico, em comparação com outras técnicas de fecho gera menos distúrbios e cicatrizes no vestíbulo, é uma técnica completa, onde a ampla aplicabilidade é segura e muito eficaz, com menos risco de infecção, fácil mobilização, pós-operatório confortável, excelente suprimento de sangue, vascularidade, baixa morbidade, alta taxa

de sucesso, realizada sob anestesia local, ausência de sequelas estéticas, proteção adequada para resposta óssea, excelentes características anatômicas, e proximidade com as áreas receptoras, portanto, quando bem executada, esta técnica tem um grande potencial de sucesso (Zhang *et al.*,2015).

É necessário apontar também algumas desvantagens relatadas em alguns estudos, tais como: : só pode ser usado uma vez, tem possibilidade de trismo pós-operatório, há possibilidade de retração ou deslocamento do enxerto no pós-operatório, complicações como hematoma e lesão do nervo facial, limitação para pequenos e médios defeitos, está sujeito a falha de integração por necrose ou infecção, não dá suporte rígido, podem ocorrer discretas alterações fonéticas, existe a possibilidade de depressão na bochecha, pode apresentar leve inchaço e pode necessitar de segundo procedimento cirúrgico para fechar a bochecha (Resende, F. S. *et al.*,2018).

2.1.2- Quistos e Tumores

A BAB tem sido freqüentemente usada na reconstrução bem-sucedida de defeitos intraorais, incluindo aqueles induzidos por tumores benignos e quistos.

A primeira aplicação clínica da BAB foi descrita por Egyedi (1977) para o fecho de um defeito no palato induzida por um tumor. Segundo Egyedi, uma espessura parcial de enxerto de pele foi aplicado na BAB. Mais tarde, Tideman *et al.* (1995) relataram que a epitelização poderia ser observada na BAB sem enxerto de pele. Para reduzir a taxa de insucesso nas reconstruções das lesões tumorais é fundamental que o defeito apresente dimensões inferiores a 4cm x 4cm x 3cm (Kim *et al.*, 2017).

Num estudo publicado em 2017, Kim *et al.*, realizaram uma revisão de 12 estudos com tumores ou quistos tratados com a BAB para encerramento do defeito cirúrgico, avaliando cerca de 202 pacientes. Os resultados obtidos comprovaram uma taxa de sucesso de cerca de 89.1%, segundo o estudo cerca de 180 pacientes foram curados sem qualquer intercorrência, o que evidencia o sucesso do tratamento de quistos e tumores com a BAB.

2.1.3 – OSTEONECROSE

A osteonecrose pode ser definida como uma exposição óssea espontânea ou ferida não cicatrizante de extrações dentárias que podem ou não envolver infecção, fistula ou fratura (Clarke *et al.*, 2017). No caso da osteorradionecrose, há a presença de um osso exposto na região maxilofacial durante mais de 8 semanas a uma terapia com radiação ou a medicação como é o caso dos bisfosfonatos e do denosumab (Ruggiero *et al.*, 2014).

O principal mecanismo de ação da osteonecrose é a hipoxia, que resulta do comprometimento vascular, devido ao trauma resultante da exposição do osso, poderá ocorrer, inclusive, uma infecção secundária, com edema, dor, mobilidade dentária e a presença de exsudato purulento (Ruggiero *et al.*, 2014).

O tratamento da osteonecrose deve ser o mais conservador possível. Associa-se à tomada de antibióticos e de analgésicos, ao bochecho com clorexidina e uma boa higiene oral.

Nos casos em que o tratamento conservador não resulta e se verifica a progressão da osteonecrose, é necessário intervenção cirúrgica, que alia técnica de regeneração óssea, sequestroctomia e desbridamento ósseo, e o uso da BAB para fechar e reconstruir essa lesão (Domingues,2018).

O estudo de Nabil e Ramli (2013) demonstra que o uso da BAB é benéfico na obliteração da ferida após uma sequestroctomia em pacientes com estágio I e II. No entanto, o recurso não foi de todo, benéfico em pacientes com lesões em estágio III (tabela 1) de osteonecrose, pois os autores argumentam que a dimensão e extensão da osteonecrose é um fator crítico, dado que exige um maior suprimento vascular para a cura da ferida em questão.

Estágio	Descrição
Estágio I	Apenas envolvimento superficial. Apenas a cortical óssea exposta está necrosada.
Estágio II	Envolvimento localizado. Áreas corticais e medulares do osso alveolar estão necrosadas.
Estágio III	Envolvimento difuso. Toda a espessura do osso é afetada. Incluindo o bordo inferior (mandíbula) ou antro (maxila)

Tabela 1- Estágios da osteoradionecrose (Adaptado de Nabil e Ramli, 2013)

2.1.4 - Peri-implantite

Peri-implantite é a definição de uma doença inflamatória que ocorre em torno do implante, e se caracteriza pela inflamação dos tecidos moles e por uma perda óssea marginal de suporte (Zitzmann e Berglundh, 2008).

Lang et al. (2011) cita em seu estudo que é preciso considerar que a peri-implantite é precedida, de facto, por uma inflamação nos tecidos em torno dos implantes, e esta inflamação é designada por mucosite peri-implantar.

No entanto, é importante avaliar se o processo de cicatrização primária foi bem sucedido e se ocorreu osteointegração, para daí se abordar uma perda óssea marginal de suporte (Murray et al.,2013).

Segundo Froum e Rosen (2012) a peri-implantite classifica-se como: severa, moderada ou leve. Esta classificação implica a existência de uma profundidade de sondagem (PS) mínima de 4mm, bem como uma hemorragia à sondagem (HS) e uma perda óssea. É fundamental que se realize uma radiografia periapical do implante em causa para definir o nível de perda óssea no seu redor e para futuras avaliações.

Classificação da Peri-Implantite	
Leve	PS \geq 4 mm (HS e/ou supuração) Perda óssea < 25% do comprimento implantar
Moderada	PS \geq 6 mm (HS e/ou supuração) Perda óssea 25% a 50% do comprimento implantar
Severa	PS \geq 8 mm (HS e/ou supuração) Perda óssea > 50% do comprimento implantar

Tabela 2 - Classificação da Peri-Implantite de acordo com Froum e Rosen (2012)

A Bola Adiposa de Bichat, devido a suas características já citadas anteriormente, pode ser utilizada para tratamento e melhoria da peri-implantite a longo prazo.

Kablan (2015), através de seu estudo, demonstrou uma melhoria significativa da hemorragia à sondagem e da sondagem de profundidade da bolsa, devido, essencialmente, à adesão alcançada por parte da cicatrização fibrosa do enxerto de gordura. Este estudo corrobora, de facto, as descobertas realizadas na investigação conduzida por Kablan e Laster (2014), dado que estes últimos constataram que a utilização do corpo de gordura bucal durante o aumento ósseo para uma melhoria na cicatrização, na qualidade e na espessura do tecido mole é bastante vantajosa, dado que os resultados obtidos no estudo apontam para uma melhoria no fecho primário do tecido mole, evitando possíveis deiscências e melhorando a própria espessura do tecido mole a longo prazo, imitando a gengiva durante a cicatrização fibrosa.

2.2- Fins Estéticos

No que se relaciona com fins estéticos da Cirurgia para a Remoção da Bola de Bichat, ou mais frequentemente chamada de “bichectomia”, vem aumentando o número de trabalhos e artigos realizados, que citam este procedimento cirúrgico para a obtenção de uma melhora no contorno e harmonia da face.

Segundo Stevao (2015) a “bichectomia” é um procedimento cirúrgico simples e muito seguro, indicado para pacientes com face arredondada e larga, sendo requerida pelo paciente quando este deseja afinar sua fisionomia facial.

Stevao (2015) argumenta que esta cirurgia em particular confere uma aparência mais jovem a face do paciente, permitindo, também, uma aparência facial mais delgada e delineada, tornando-se mais estética e harmoniosa. Ainda de acordo com Stevao, os benefícios deste procedimento cirúrgico são:

- 1-) Bochechas mais finas;
- 2-) Melhoria da aparência facial;
- 3-) As bochechas ficam mais delineadas, resultando numa proeminência superior dos ossos zigomáticos;
- 4-) Aumento da auto-estima do paciente;
- 5-) Sentimentos de confiança relativamente à sua aparência física e estética.

IV- DISCUSSÃO

A cirurgia para a Remoção da Bola Adiposa de Bichat, apresenta resultados significativos, que devido a versatilidade de seu uso, contribui tanto para tratamentos clínicos como para tratamentos estéticos, sendo estes resultados comprovados e havendo consenso entre os autores citados ao longo deste trabalho.

Citamos neste trabalho, o uso da BAB com o objetivo de reconstruir defeitos maxilares (Bernardino *et al.*, 2008). Resende *et al.* (2018), em seu estudo demonstra as vantagens do uso da BAB para o fecho das comunicações oroantrais.

Outros autores como Kim *et al.* (2017), Nabil e Ramli (2013) e Kablan (2015), também relataram em seus estudos sucesso no uso da BAB para o tratamento da comunicação oroantral e fendas palatinas, quistos e tumores, osteonecrose e regeneração em casos de peri-implantite.

A cirurgia para a remoção da Bola Adiposa de Bichat é uma técnica cirúrgica bastante simples, sendo indicada para fins estéticos, de acordo com Stevao (2015) traz muitos benefícios como: bochechas mais finas e melhoria na aparência facial, o que contribui para o aumento da auto-estima do paciente.

O conhecimento anatômico desta estrutura e da região e estruturas circunvizinhas torna-se crucial para um correto diagnóstico e plano de tratamento, ainda segundo Matarasso (2006), o profissional deve levar em consideração eventuais assimetrias faciais, proporções da face e os tipos de rosto.

Apesar de todas as vantagens aqui citadas nesta técnica cirúrgica, e de sua fácil aplicabilidade, é muito importante o conhecimento anatômico e bom planejamento pelo profissional.

V- CONCLUSÃO

No presente trabalho podemos constatar que a Cirurgia para Remoção da Bola Adiposa de Bichat, pode ser utilizada para vários fins, tanto terapêuticos quanto estéticos.

O uso da BAB é bastante versátil na área de cirurgia oral, podendo ser usada isoladamente ou associada a outras técnicas cirúrgicas que tenham como objetivo a melhoria estética da face ou o tratamento de defeitos ósseos e mucosos.

A técnica apresenta vantagens como: a simplicidade de execução, a ampla aplicabilidade e segurança (Resende *et al.*, 2018)

O uso da BAB apresenta elevadas taxas de sucesso devido essencialmente: à rica vascularização das estruturas anatómicas envolvidas, ao tamanho médio que apresenta nos pacientes, à facilidade e à segurança na sua colheita e à reduzida taxa de complicações pós operatórias. Identifica-se também algumas limitações: defeitos com dimensões elevadas apresentam mais complicações e contra-indicações, as quais se associam, à perda do enxerto, à recidiva, à limitação de abertura de boca, à lesão de estruturas circundantes nobres e ao desenvolvimento de hematomas (Kim *et al.*, 2017).

A BAB tem sido utilizada no tratamento da comunicação oroantral, no tratamento de quistos e tumores da cavidade oral, no tratamento da osteonecrose e em casos de peri-implantite. Devido à crescente preocupação em relação a estética, a cirurgia para a remoção da BAB tem sido uma das cirurgias orais mais procuradas.

Conclui-se que a Cirurgia para a Remoção da Bola Adiposa de Bichat se apresenta como um recurso terapêutico de crescente interesse na área de cirurgia oral e de cabeça e pescoço, e quando bem executada apresenta um alto índice de sucesso.

Referência Bibliográfica

Bernardino Junior, R. *et al.* (2008). Corpo adiposo da bochecha: um caso de variação anatômica. *Bioscience Journal*, 24(4), pp. 108-113.

Bichat F. (1802). *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*. Paris: Grosson, Gabon.

Brasil, L. F. M. *et al.* (2016). Reparos anatômicos para cirurgia de bichectomia. *Archives Health Investigation*, 5(1), pp.17-369.

Clarke, B. M. *et al.* (2007). Bisphosphonates and jaw osteonecrosis: the UAMS experience. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 136(3), pp. 396-400.

Di Dio, J. A. L. (2002). *Tratado de anatomia sistêmica aplicada (2ª Ed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Domingues S. (2018). Bichectomia: Bola de Bichat em Foco. *TCC de mestrado em medicina dentária apresentado na Universidade Fernando Pessoa, Porto*.

Dubin B. *et al.* Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. *Plast Reconstr Surg*. 1989;83(2):257-262.

Egyedi, P. (1977). Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro- nasal communications. *Journal of Maxillofacial Surgery*, 5, p. 24.

Froum, S. J, Rosen, P. S. (2012). A proposed classification for peri-implantitis. *The International Journal of Periodontics e Restorative Dentistry*, 32(5), pp. 533-540

Heister, L. (1732). *Compendium anatomicum (4th ed.)*. Norimbergiet Altorfi: GC Weber.

Kablan, F. (2015). The use of Buccal fat pad free graft in regenerative treatment of peri- implantitis: A new and predictable technique. *Annals Maxillofacial Surgery*, 5(2), pp. 179-184.

Kablan, F, Laster, Z. (2014). The use of free fat tissue transfer from the buccal fat pad to obtain and maintain primary closure and to improve soft tissue thickness at bone- augmented sites: technique presentation and report of case series. *International Journal Oral Maxillofacial Implants*, 29(2), pp. 220-231.

Remoção da Bola Adiposa de Bichat – revisão literária

Kapustecki, M. *et al.* (2016). Alternative method to treat oroantral communication and fistula with autogenous bone graft and platelet rich fibrin. *Medicina Oral Patologia Oral Cirurgia Bucal.*, 21(5), pp. 608-613.

Kennedy, S.(1988). Suction assisted lipectomy of the face and neck. *J Oral Maxillofac Surg.*p.46(7):546-58. doi: 10.1016/0278-2391(88)90144-9.

Kim, M. K. *et al.* (2017). The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery*, 39(1), p. 5.

Lang, N. P. *et al.* (2011). Periimplant diseases: where are we now? Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. *Journal Clinical Periodontology*, 38(11), pp. 178-181.

Madeira, M. C. (2001). *Anatomia da face: Bases anátomo-funcionais para a prática odontológica (3a ed.)*. São Paulo: Sarvier.

Manuel, S., Kumar, S., Parvathi, R. N. (2015). The Versatility in the Use of Buccal Fat Pad in the Closure of Oro-antral Fistulas. *J. Maxillofac. Oral Surg.*. 14(2):374–377

Matarasso, A. (2006). Managing the buccal fat pad. *Aesthetic Surgery Journal*, 26(3), pp. 330-336.

Murray, C. M. *et al.* (2013). Peri-implant disease: current understanding and future direction. *New Zeland Dental Journal*, 109(2), pp. 55-62.

Nabil, S, Ramli, R. (2013). The use of buccal fat pad flap in the treatment of osteoradionecrosis. *International Journal Oral Maxillofacial Surgery.*, 42(4), pp. 548- 549.

Peñarrocha-Oltra, D. *et al.* (2015). Closure of oroantral communication with buccal fat pad after removing bilateral failed zygomatic implants: A case report and 6-month follow - up. *Journal Clinical Experimental Dentistry.*, 7(1), pp. 159-162.

Resende, F. S. *et al.* (2018). Oro-antral communication closure through Bichat ball technique: A Literature review. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. Vol.23,n.1,pp.97-99.

Ruggiero, S. L. *et al.* (2014). American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, 72(10), pp. 1938-1956.

Sicher, H, Tandler, J. (1981). *Anatomia para dentistas*. São Paulo: Atheneu.

Remoção da Bola Adiposa de Bichat – revisão literária

Stevao, E. L. L. (2015). Bichectomy or Bichatectomy – A small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. *Advanced Dental e Oral Health*, 1(1), pp. 001-004.

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

Stuzin JM, Wagstrom L. Kawamoto HK.(1989). Anatomy of the frontal branch of the facial nerve: the significance of the temporal fat pad. *Plast Reconstr Surg.*;83(2):265-71.

Teixeira, L. M. *et al.* (2001). *Anatomia aplicada à odontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Tideman, H, Samman, N. (1995). Closure of oroantral communications using a pedicled buccal fat pad graft: Discussion. *Journal Oral Maxilofacial Sugery*, 53, pp. 775-776.

Zhang, M. *et al.* (2015). Application of buccal fat pads in pack palate relaxing incisions on maxillary growth: a clinical study. *Internacional Journal Clinical Experimental Medicine*, 8(2), pp. 2689-2692.

Zitzmann, N. U, Berglundh, T. (2008). Definition and prevalence of peri-implant diseases. *Journal Clinical Periodontology*, 35(8), pp. 286-291.