

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL  
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

BICHECTOMIA - AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA TÉCNICA  
OPERATÓRIA: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

Residente: Katherine de Andrade Kindlein

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Corsetti

Porto Alegre

2017

KATHERINE DE ANDRADE KINDLEIN

**BICHECTOMIA – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA TÉCNICA  
OPERATÓRIA: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO**

Pesquisa apresentada para o trabalho de conclusão de Residência Integrada em Saúde Bucal, ênfase em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Corsetti

Porto Alegre

2017

### CIP - Catalogação na Publicação

Kindlein, Katherine

BICHECTOMIA - AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA  
TÉCNICA OPERATÓRIA: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE  
CASO / Katherine Kindlein. -- 2017.

35 f.

Orientadora: Adriana Corsetti.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Residência Integrada em Saúde Bucal,  
ênfase em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial,  
Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Odontologia. 2. Estética. 3. Cirurgias  
bucomaxilofaciais. 4. Bichectomia. I. Corsetti,  
Adriana, orient. II. Título.

## RESUMO

Na atualidade, os conceitos de beleza têm se voltado cada vez mais pela busca de uma face com contornos mais finos e delineados. A partir disso, inúmeras técnicas foram criadas com o intuito de alcançar esse objetivo. Dentre elas, podemos citar: a lipoaspiração facial (GOODSTEIN, 1996); a injeção de lipólise (DUNCAN; ROTUNDA, 2011); e a remoção parcial da bola de Bichat (MATARASSO, 2006), entre outras, com escassos trabalhos na literatura. Recentemente houve uma popularização da bichectomia, sendo realizada, por inúmeros profissionais, mas com vários relatos de intercorrências ou de pobres resultados frente às expectativas. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre a funcionalidade da técnica de remoção cirúrgica parcial bilateral das bolas de Bichat e o relato de caso de bichectomia realizada na Faculdade de Odontologia da UFRGS, e seu acompanhamento pós-operatório de 7, 21, 60, 90 e 120 dias. Previamente ao procedimento foi aferida a pressão arterial, mensurado o peso corporal e perímetros faciais específicos e após o procedimento, as bolas de Bichat foram mensuradas com o uso de seringa. Realizou-se também fotografias extrabucais e avaliação física da paciente nesses tempos, e no tempo de 120 dias foi realizado a avaliação da satisfação da paciente por meio de um questionário EVA modificado. A paciente M.M., 22 anos, apresentou queixa estético-funcional de mordiscamento e insatisfação com a proporção de sua face. Os autores acreditam que a remoção cirúrgica parcial bilateral das bolas de Bichat pode melhorar a proporcionalidade facial e a resolução da queixa funcional da paciente. Este relato de caso e revisão de literatura é precursor a um projeto piloto que será realizado futuramente.

Palavras-chave: Odontologia. Estética. Cirurgias bucomaxilofaciais. Bichectomia.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA .....	4
2	OBJETIVOS .....	13
3	RELATO DE CASO .....	14
3.1	Anamnese e indicação do procedimento .....	14
3.2	Execução cirúrgica e remoção parcial e bilateral das bolas de Bichat .....	16
3.3	Evolução pós-operatória do caso .....	17
4	DISCUSSÃO .....	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
	REFERÊNCIAS .....	27



## 1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Nos últimos anos, com o aumento do acesso aos meios de comunicação, os conceitos de beleza têm se voltado cada vez mais pela busca de uma face com contorno mais enxuto, com plenitude máxima na região malar formando a base do triângulo invertido da juventude. A partir disso, tem havido um aumento no número de jovens participantes em pesquisas que procuram uma face cada vez mais fina e delineada (THOMAS; D'SILVA; BOROLE, 2012). Existem técnicas descritas na literatura que objetivam justamente alterar esse contorno facial. Dentre elas, podemos citar: a lipoaspiração facial, descrita no estudo de Goodstein (1996); a injeção de lipólise, presente no estudo de Duncan e Rotunda (2011); e a remoção da bola de Bichat, abordada nos estudos de Matarasso (2006) e Jackson (2003), mas que ainda é pouco relatada na literatura. A injeção de toxina botulínica, também se apresenta como alternativa para recontorno de face, visto que reduz o peso e volume dos músculos massetéricos (YU; CHEN; CHEN; 2007). É preciso atentar, no entanto, que cada uma dessas técnicas possui indicações e que o exame peculiar e individual do paciente deve ser realizado previamente a qualquer intervenção cirúrgica.

Cabe salientar que a aparência volumétrica do rosto humano é definida tanto pelas estruturas ósseas, quanto pelos tecidos moles que são um sistema complexo de gordura subcutânea, músculos, ligamentos e dentro desse contexto, a bola de Bichat, constitui uma significativa parte do terço médio da face e merece atenção especial na área odontológica (GURYANOVA, R. A.; GURYANOVA, A. S.; 2015).

Ademais, após regularização pelo Conselho Federal de Odontologia, a técnica da Bichectomia vem se disseminando entre os profissionais e consiste na remoção de parte da bola de Bichat (CFO, 2015). Essa técnica pode servir de alternativa para pacientes que permanecem insatisfeitos após tentativas repetidas de lipoaspiração facial e de injeção de lipólise (THOMAS; D'SILVA; BOROLE; 2012), o que se deve ao fato de que a gordura da bola de Bichat por se encontrar anatomicamente profunda, é inacessada por esses

procedimentos e também devido ao fato de ser resistente à lipólise (MATARASSO; 1991).

O tecido adiposo bucal é uma estrutura anatômica que, primeiramente, foi descrita na literatura, em 1732, como um tecido de natureza glandular, recebendo então o nome de glândula molaris (EGYEDI; 1977). Em 1802, porém, foi descoberta sua natureza adiposa por Bichat, e, a partir disso, essa estrutura recebeu diversas sinonímias, como bola de Bichat, corpo adiposo da mastigação, corpo adiposo bucal, entre outras denominações (BICHAT, 1990)

A bola de Bichat é composta por 3 zonas: anterior, média e posterior. A porção posterior possui extensão para os espaços bucal, pterigóide, pterigopalatino e temporal adjacentes (BORGONOVO, 2012). A zona central encontra-se no espaço mastigatório, entre o músculo bucinador e a borda anterior do músculo masseter, coberta por uma fina cápsula; encontra-se superior ao ducto da parótida e estende-se em direção ao maxilar superior e posterior e anteriormente ao vestíbulo bucal, sendo limitada pelos vasos faciais (JAIN et al, 2012). A extensão bucal da bola de Bichat encontra-se superficialmente na bochecha, mais especificamente sobre a fáscia bucofaringiana que delinea a superfície externa do músculo bucinador, contribuindo para a formação do contorno da face. A extensão temporal é estendida sob o arco zigomático no sentido do plano temporal onde se divide em duas partes: um maior e superficial, que se estende superiormente entre a fáscia temporal e a superfície do músculo temporal; e uma porção mais profunda, que é mais fina e passa entre as fibras superficiais e profundas do músculo temporal até o espaço temporal. Dessa forma, a extensão temporal é considerada a única que não é separada facilmente dos seus tecidos adjacentes (TIDERMAN; BOSANQUET; SCOTT, 1986). Profundamente sob os tendões do músculo temporal é encontrada a extensão pterigopalatina da bola de Bichat, que se estende em direção à fossa pterigopalatina e fissa orbital inferior. O músculo pterigóide é um prolongamento posterior, que é comumente encontrado no espaço pterigomandibular, sendo vascularizado por feixes neurovasculares e pelo nervo lingual. O tamanho do pterigóide e extensão temporal são inconsistentes, mas são geralmente menores do que a zona central e a extensão bucal. Cabe salientar que cada processo possui a sua



própria cápsula e está conectado a estruturas adjacentes por meio de ligamentos (JAIN et al., 2012). Do ponto de vista histológico, a bola de Bichat se diferencia do tecido adiposo subcutâneo, sendo similar à gordura do olho, ou seja, independente do peso e da distribuição de gordura no corpo do indivíduo, o seu tamanho se mantém constante (BATRA; JINDAL; KAUR; 2010). Além disso, é importante salientar que a bola de Bichat possui seu próprio mecanismo de lipólise, de forma que nem a idade e nem o sexo do paciente possuem interferência nesse tecido (POESCHL, 2009). A bola de Bichat tem volume médio de 9,6 a 10 mL, por volta de 6 mm de espessura e pesando, em média, 9,3 g (MOHAN; KANKARIYA; HARJANI, 2012). Embora as variações sejam mínimas, seu volume pode variar de acordo com o lado anatômico (direito e esquerdo) em um mesmo paciente (TOSHIHIRO et al., 2013). Quanto à vascularização, a bola de Bichat possui uma rica irrigação sanguínea, que consiste de um plexo subcapsular formado por uma livre anastomose de artérias de cada lóbulo. Essas artérias derivam de ramos da artéria maxilar (artéria bucal e ramos da artéria temporal profunda), da artéria temporal superficial (ramos faciais da artéria facial transversal) e de alguns ramos da artéria facial (HERNANDO et al., 2010).

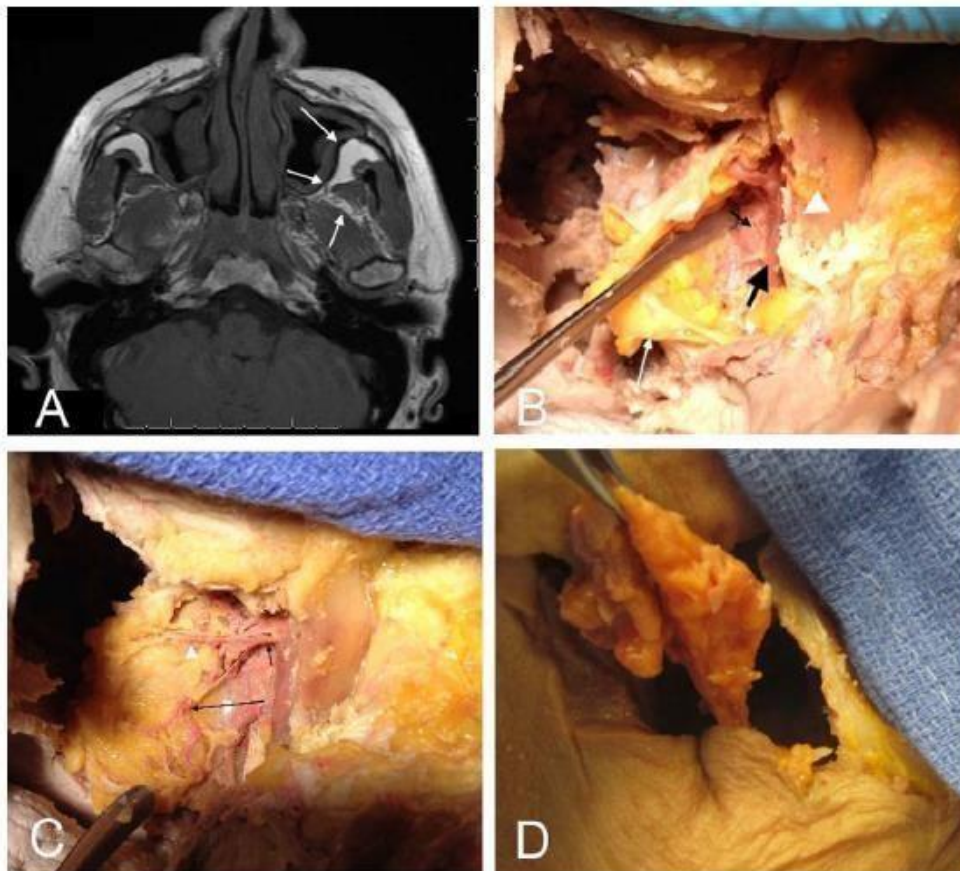
A bola de Bichat é revestida por um epitélio estratificado em xadrez e possui como característica a rápida epitelização do tecido gorduroso. Esta estrutura anatômica possui diversas funções no nosso corpo. Dentre suas atribuições, podemos destacar a separação dos músculos da mastigação, contribuindo, com isso, na mobilidade dos mesmos; em recém-nascidos, podemos destacar o preenchimento dos espaços faciais e espaços da mastigação, contrapondo-se, dessa forma, à pressão negativa gerada pela sucção exercida durante a amamentação e exercendo papel protetor dos complexos neurovasculares adjacentes (BORGONOVO, 2012).

Além disso, podemos citar como funções fisiológicas desse tecido o preenchimento do espaço do tecido profundo, o papel de guia para o deslizamento dos músculos faciais e mastigatórios durante a contração e desempenha função de proteção de algumas estruturas frente a impulso de força externa (ZHANG, H.M. et al.; 2002). Ademais, a bola de Bichat é utilizada para procedimentos reconstrutivos, como nos estudos de Egyed (1997), de

Poeschl et al. (2009) e de Adeyemo et al. (2004), onde a bola de Bichat foi utilizada para fechamento de comunicação bucosinusais, possuindo, dessa forma, diferentes aplicações na reconstrução oral e maxilofacial.

Abaixo, tem-se duas ilustrações para que se obtenha melhor entendimento quanto à anatomia, localização e vascularização da bola de Bichat. Na primeira imagem (Figura 1), tem-se a dissecação da bola de Bichat, onde é possível perceber sua íntima relação com os músculos masseter, temporal e pterigóides medianos. Na sequência, está demonstrada uma vista endoscópica da bola de Bichat, onde é possível compreender sua localização e sua vascularização (Figura 2).

Figura 1 - Anatomia da bola de Bichat

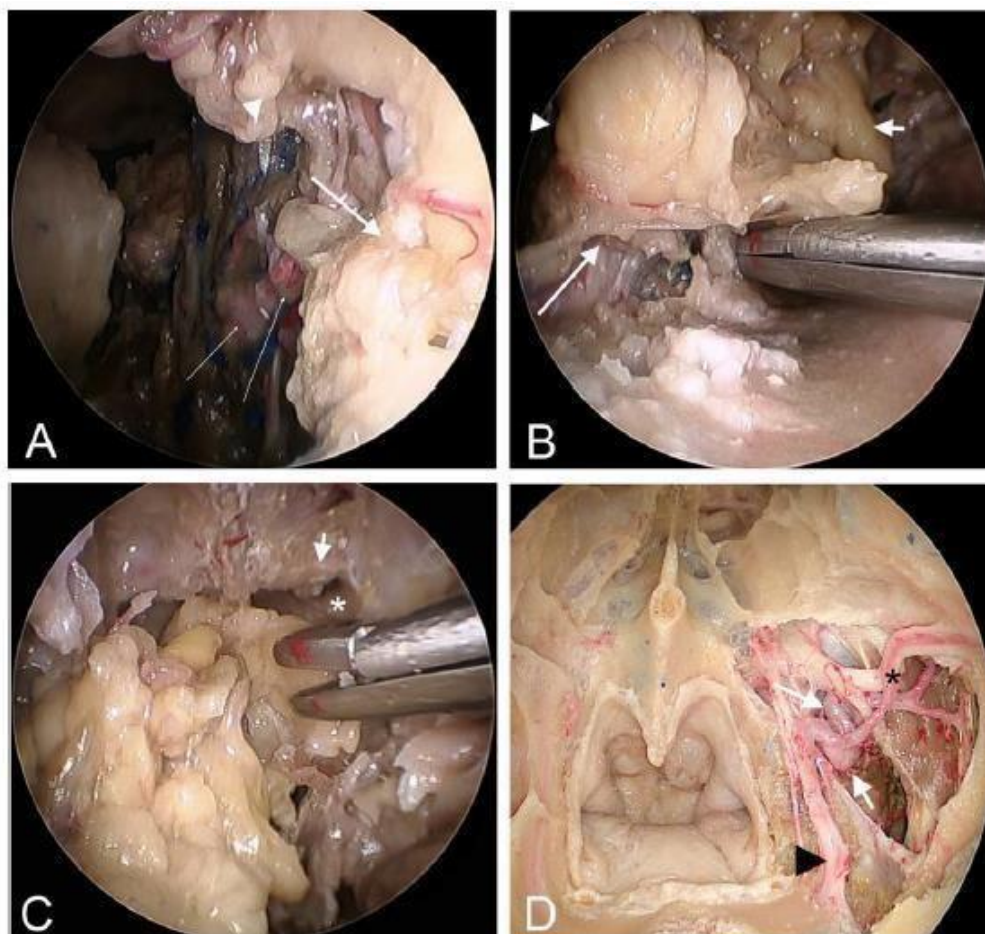


(A) Imagem de ressonância magnética, demonstrando a bola de Bichat no plano axial, atrás da parede maxilar posterior e lateral. (B) Visualização de cadáver após maxilectomia revela o músculo masseter (ponta de flecha branca), onde a incisão é feita para iniciar a colheita da almofada de gordura. A gordura é dissecada entre o músculo masseter e o músculo temporal (grande seta preta), que é posterior medialmente ao masseter, e de volta ao longo dos músculos pterigóides medianos (pequena seta preta). (C) A gordura é mobilizada entre os músculos pterigóide mediano e temporal ao longo do pedículo da artéria maxilar interna (seta preta curta) e seus afluentes (seta preta longa). (D) A almofada de gordura medida até

10 cm de comprimento e 2 cm de largura em vários espécimes e pode ser rodada em qualquer direção (MARKEY; BENET; EL-SAYED; 2015).

Fonte: MARKEY, J.; BENET, A.; EL-SAYED, I. The endonasal endoscopic harvest and anatomy of the buccal fat pad flap for closure of skull base defects. **Laryngoscope**, St. Louis, v. 125, no.10, p. 2247-2252, Oct. 2015, p. 2248.

Figura 2 - Vista endoscópica da bola de Bichat e a vascularização.



(A) A bola de Bichat do lado direito (seta grossa) baseia-se na artéria maxilar interna (duas flechas finas) e seus afluentes (B) A bola de Bichat é pediculada em torno das placas pterigóides (seta longa) de sua base (cabeça da seta) ao longo do chão da cavidade nasal para o clivus (seta curta). (C) A bola de gordura repousa sobre o clivus abaixo da sela. São visíveis a protuberância do nervo óptico (seta curta) e artéria carótida (asterisco). (D) Visão endoscópica da vasculatura da fossa pterigóide esquerda e infratemporal (a bola de Bichat é removida). Infraorbital (asterisco preto), palatina descendente (ponta de seta preta) e artérias alveolares superiores posteriores requerem ligadura para mobilizar a aba para rotação. A bola de Bichat é baseada na artéria maxilar interna (duas setas brancas) (MARKEY, J.; BENET, A.; EL-SAYED, I., 2015).

Fonte: MARKEY, J.; BENET, A.; EL-SAYED, I. The endonasal endoscopic harvest and anatomy of the buccal fat pad flap for closure of skull base defects. **Laryngoscope**, St. Louis, v. 125, no. 10, p. 2247-2252, Oct. 2015, p. 2249.

Segundo estudo realizado por Fagan (2012) a técnica de incisão para acesso à bola de Bichat pode ser realizada de três métodos: incisão no fundo de sulco superior; o método de Matarasso, onde a incisão é sobre a membrana

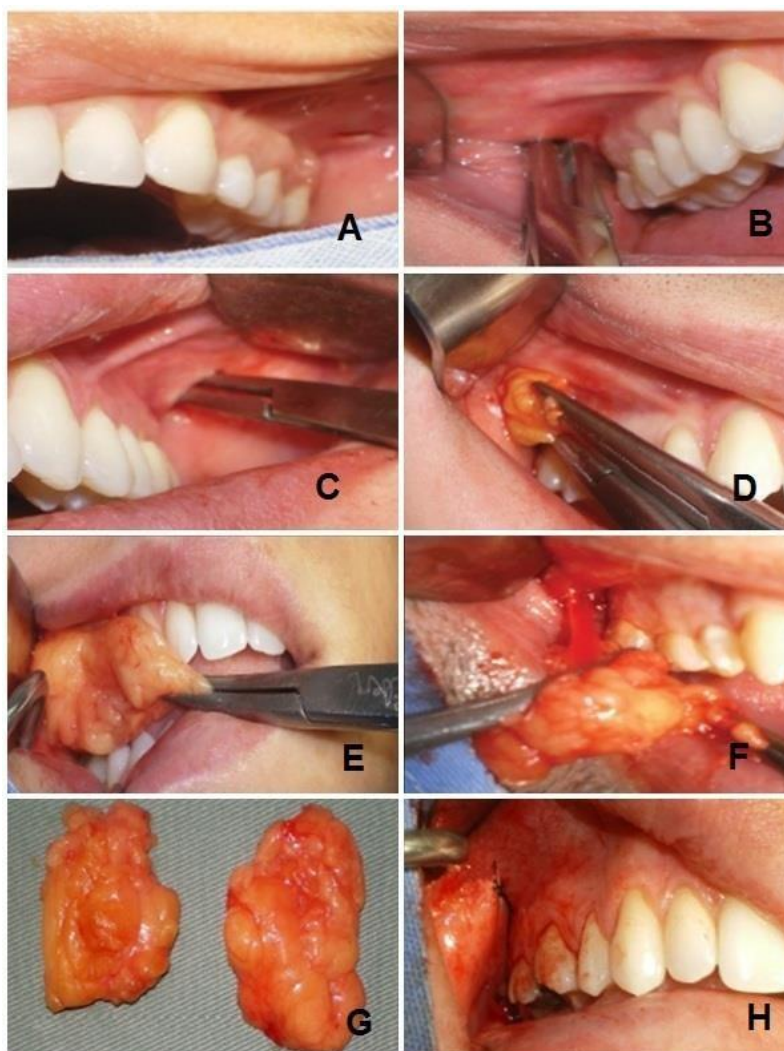
da mucosa bucal 1 cm abaixo do ducto da Glândula Parótida e o método de Stuzin, onde a incisão é realizada posteriormente ao ducto parotídeo. Neste relato de caso, utilizamos a incisão preconizada pelo método de Stuzin, pois os autores acreditam ser um método que permite um rápido acesso à bola de Bichat.

Segundo Cordero e colaboradores (2016), para realizar a remoção cirúrgica da bola de Bichat, bichectomia, é realizada uma incisão na mucosa vestibular superior, conforme demonstrado (Figura 3). A incisão deve ter horizontalmente 2 cm e deve ser realizada sobre o perióstio e cobertura fascial, prolongando-se numa direção para trás ao longo do segundo molares superiores. Uma dissecção anterior e medial simples é realizada com o processo coronóide. Essa dissecção deve ser realizada através do bucinador e sua fáscia envolvente, de forma a remover a primeira camada de tecido adiposo, que é visto com pequenos lóbulos. Mais profundamente a essa primeira cama adiposa, encontra-se a bola de Bichat, cuja cor é mais clara e se projeta para a boca. A zona central e a extensão bucal são mobilizadas através de dissecção cuidadosa com o objetivo de preservar a cápsula ou o plexo vascular.

Após, a bola de Bichat será removida cirurgicamente e a ferida operatória terá seu fechamento em primeira intenção que pode ser realizado com a utilização de fio de poliglactina4-0 (GADIPELLY et al., 2015).



Figura 3 – Descrição da técnica operatória.



O acesso à bola de Bichat é feito por uma pequena incisão (A), com um comprimento não superior a 5 mm, no tecido mole com o cuidado de visualizar o orifício do ducto de Stenon e uma dissecção sem corte é obtida com uma tesoura fina ou pinça hemostática na bola de gordura que está localizada sob o arco zigomático, estendendo-se até a região mais anterior da bochecha (B - C). É muito importante preservar seu fino envelope fascial. Com uma pinça hemostática longa e fina inserida profundamente na área, uma porção da gordura é comprimida e puxada suavemente (D). Pouco a pouco, toda a almofada de gordura é puxada para fora (E) com a ajuda de outra pinça hemostática até o pedículo ser visualizado. Neste ponto, o pedículo pode ser cortado e a almofada de gordura fica livre (F). Além disso, um pequeno aspirador pode ser inserido na área para limpar qualquer parte da gordura deixada para trás. Quando a fásia da bola não é rompida, é possível remover toda a estrutura em apenas uma peça, conforme mostrado na foto (G). Na maioria das vezes, um ponto simples é realizado para fechar a incisão e a cirurgia é completada (H).

Fonte: STEVAO, E.B. Bichectomy or Bichatectomy - A Small and Simple Intraoral Surgical Procedure with Great Facial Results. **Adv Dent & Oral Health**, Curitiba, v. 1, no.1, p. 001-004, Aug. 2015, p. 002.

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

Porém, alguns autores relatam que a remoção da bola de Bichat realizada isoladamente pode produzir um efeito muito sutil na estética facial, podendo-se obter melhores resultados estéticos quando em associação com outros tratamentos, como a utilização de preenchimentos na região zigomática (JACKSON, I. T.; 2003).

Stevão (2015) em seu estudo apresentou as indicações e contraindicações de procedimentos estéticos e eletivos, como a bichectomia. As indicações são: assimetria da face em tecido mole, rosto arredondado, zigoma proeminente, aumento da autoestima, mordiscamento em mucosa jugal ou então como complementação de outras técnicas cirúrgicas estéticas. Já as contraindicações são inerentes a qualquer procedimento eletivo, como: pacientes que fazem radioterapia e/ou quimioterapia; pacientes com infecções locais; cardiopatias severas; imunossupressão; coagulopatia e nefropatia.

Ademais, é importante atentar para os possíveis riscos e complicações inerentes ao procedimento. De acordo com Matarasso (1991), o ducto parotídeo pode ser facilmente traumatizado durante a incisão ou tracionamento da bola de Bichat. Podem ocorrer também, lesão de algum ramo terminal do nervo facial, o que pode gerar parestesia e/ou paralisia (MADEIRA, 2001).

O procedimento de bichectomia pode ser estético, funcional ou estético-funcional. Para isso, é essencial uma avaliação minuciosa das proporções faciais de forma individual. Segundo Oliveira e Góes (2017), é necessário que se obtenha a distância entre os ângulos da mandíbula, e se esta for maior que a distância entre os malaras, é possível que a bichectomia, isoladamente, não vá atender as expectativas do paciente, devendo este ser comunicado antes da realização do procedimento. Além disso, devem ser levados em consideração outros aspectos que podem estar causando a desarmonia facial (OLIVEIRA, J.C.C.A.; GÓES, R.S., 2017).

Dessa forma, faz-se necessário que os cirurgiões-dentistas tenham conhecimento quanto as indicações, contraindicações e complicações sobre o procedimento para que avaliem se os benefícios suplantam os riscos da cirurgia de bichectomia.

## **2 OBJETIVOS**

O objetivo do presente trabalho é revisar a literatura existente sobre a funcionalidade da técnica de remoção cirúrgica parcial bilateral das bolas de Bichat, e relatar um caso cirúrgico e seu acompanhamento pós-operatório de 7, 21, 60, 90 e 120 dias.

Este trabalho foi utilizado para definição de metodologia de estudo piloto futuro que será realizado posteriormente.



### **3 RELATO DE CASO**

Nesse relato de caso serão descritos a anamnese e a indicação do procedimento, seguidos pela execução cirúrgica de remoção parcial e bilateral das bolas de Bichat da paciente e a evolução pós-operatória do caso. Algumas etapas serão ilustradas com registros fotográficos.

#### **3.1 Anamnese e indicação do procedimento**

Paciente M.M., do sexo feminino, 22 anos, buscou o Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) por queixa de mordiscamento bilateral da mucosa jugal e insatisfação com volume facial. A paciente foi esclarecida sobre os procedimentos que seriam realizados e após assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), juntamente ao Termo de Autorização do Uso de Imagem (APÊNDICE B).

A anamnese foi realizada por meio de perguntas fechadas e abertas (APÊNDICE C). As questões envolveram história médica pregressa e atual, história odontológica, queixa principal e auto-avaliação estética da paciente. Foi realizado exame físico intra e extrabucal, a fim de avaliar discrepâncias nas proporções dos terços faciais e possíveis traumatismos advindos de mordiscamentos em mucosa jugal.

Durante a entrevista dialogada, a paciente declarou não ter comorbidades sistêmicas e negou o uso de medicamentos e de outras drogas e alergias. A paciente relatou descontentamento com sua proporção facial e relatou mordiscamento em bochechas com frequência, o que foi confirmado no exame físico (Figura 1 e 2).

A partir da análise da face da paciente, podemos perceber que a distância de um malar até o outro (linha preta mais espessa) é maior do que a distância entre os ângulos mandibulares (linha vermelha), o que é favorável para a avaliação do impacto exclusivo do procedimento de Bichectomia, conforme relatado no estudo de Oliveira e Góes (2017).

Figura 1 – Vista frontal da paciente e proporção facial



Fonte: da autora, 2017.

Figura 2 – Linha alba resultante de mordiscamento (lado direito)



Fonte: da autora, 2017.

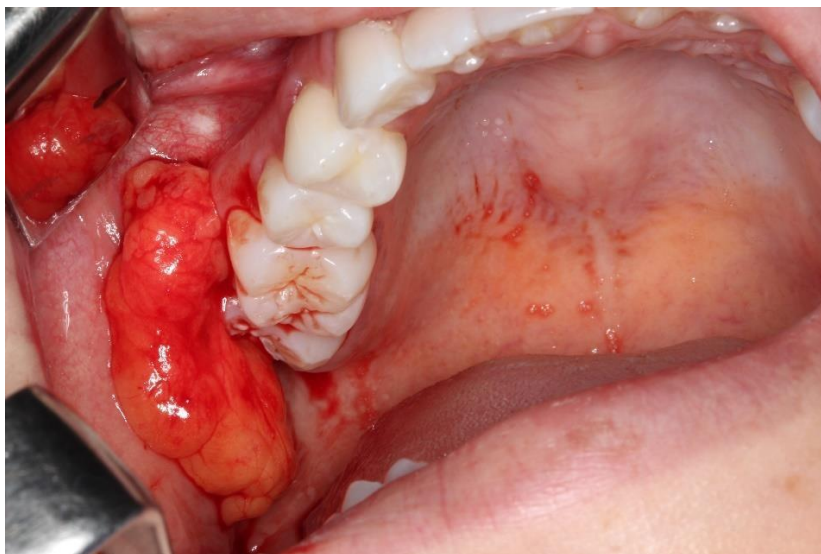
A paciente foi pesada com uso de balança eletrônica e teve suas medidas faciais registradas (medidas de perímetro facial da região onde se localiza a bola de Bichat) com a finalidade de determinar possíveis alterações de contornos faciais nos períodos pós-cirúrgicos.

### **3.2 Execução Cirúrgica de Remoção Parcial e Bilateral das Bolas de Bichat**

A pressão arterial e a frequência cardíaca foram aferidas antes da realização do procedimento cirúrgico, logo após a anestesia e ao final da cirurgia, sendo de 110/80 mmHg e 68 bpm. A remoção cirúrgica parcial das bolas de Bichat foi realizada em um único ato cirúrgico, iniciando pelo lado direito, seguido do lado esquerdo. Foi realizada antisepsia extra e intra-oral com gaze embebida em solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%. O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local com lidocaína a 2% e epinefrina 1:100.000. A incisão (Figura 3) foi realizada com lâmina 15 posteriormente ao ducto parotídeo, conforme método de Stuzin (FAGAN, J., 2012). A incisão corta a mucosa e o músculo bucinador, expondo o perióstio maxilar e a bola de Bichat, conforme Chakrabarti (2009). No momento da incisão, foi atentado para não acometer o ducto da glândula parótida. Após localização da bola de Bichat, foi realizada a divulsão da mesma dos tecidos adjacentes com o uso de tesoura íris curva e tesoura Metzemaum. A bola de Bichat foi então pinçada com uso de pinças hemostáticas e removida parcialmente. A quantidade removida varia para cada indivíduo, sendo que nesse caso, foi removido 3 mL tanto do lado direito, quanto do lado esquerdo. Após a remoção, cada fragmento unilateral de bola de Bichat foi depositado em uma seringa para medição da quantidade removida. Após a remoção cirúrgica parcial, a síntese foi realizada com fio de seda 4-0.

O tempo de cirurgia total bilateral foi contado da incisão à sutura e totalizou 60 minutos.

Figura 3 – Incisão e exposição da Bola de Bichat (lado direito)



Fonte: da autora, 2017.

A paciente foi informada dos cuidados pós-operatórios, sendo também entregue por escrito (APÊNDICE D), e foi realizada a entrega de analgésicos para controle da dor (Paracetamol 500mg, 2 comprimidos, via oral, 6/6h) e antiinflamatório para controle de edema e desconforto pós-cirúrgico (Trometamol Cetorolaco 10mg, 1 comprimido, via sublingual, 8/8h por 3 dias). Além da utilização destas medicações, foi prescrito, também, para uso a partir do segundo dia de colutório antimicrobiano (Solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia por 7 dias).

### 3.3 Evolução pós-operatória do caso

A evolução pós-operatória do caso se deu por meio da avaliação física e fotografias extrabuciais realizadas nos períodos pós-operatórios de 7, 21, 60, 90 e 120 dias e, neste último período foi realizada, também, a avaliação da satisfação da paciente com o resultado. As avaliações foram realizadas pela autora e orientadora para análise das diferenças nos tempos estudados. A satisfação da paciente foi avaliada de forma quantitativa por meio de Escala Visual Analógica (EVA) modificada (APÊNDICE E).

Vale ressaltar que não houve nenhuma complicação pós-cirúrgica, bem como não houve ocorrências de possíveis danos à paciente. Este relato de caso servirá como teste de metodologia para futuro estudo piloto que será realizado.

A paciente teve seu peso corporal mensurado em todos os momentos pós-operatórios (7, 21, 60, 90 e 120 dias), bem como no período prévio à cirurgia, já que uma ampla variação de peso corporal pode causar alterações faciais.

A mensuração facial foi realizada por meio de três medidas envolvendo o perímetro onde está localizada a bola de Bichat: a primeira foi a medida que compreende a distância do tragus à asa do nariz; a segunda foi a medida do ângulo da mandíbula até a asa do nariz; a terceira correspondeu à distância da comissura labial ao tragus. As medidas faciais foram realizadas com régua flexível e transferidas para régua rígida e foram realizadas tanto no momento pré-operatório, quanto nos períodos pós-operatórios.

Os valores obtidos estão demonstrados na tabela abaixo:

Períodos	Peso Corporal (kg)	Medida Asa-Tragus (cm)	Medida Asa-Ângulo (cm)	Medida Tragus-Comissura (cm)
		D-E	D-E	D-E
Pré-op.	68,100	11,5	10	11,5
		12	11	11,5
Pós-op. 7 dias	67,600	12	11	11,5
		12	10	11,5
Pós-op. 21 dias	67,800	12	11	11,5
		12	10	11,5
Pós-op. 60 dias	68,500	12	10,7	11,5
		12	10	11,3
Pós-op. 90 dias	69,100	12	11	12
		11,5	10,5	12
Pós-op. 120 dias	70,000	11,7	10,5	11,5
		11,2	10,5	10,5

Foram realizadas fotografias extrabucais padronizadas na posição frontal, posição meio perfil e na posição perfil de ambos os lados para avaliação da variação do contorno facial nos períodos pré e pós-operatórios de 7, 21, 60, 90 e 120 dias.

As imagens obtidas foram avaliadas visualmente pela autora e orientadora e estão apresentadas abaixo:

Figura 4 – Evolução do caso em fotografia extrabucal na posição frontal (pré, 7, 21, 60, 90 e 120 dias)



Fonte: da autora, 2017.

Figura 5 – Evolução do caso em fotografia extrabucal na posição meio perfil direito (pré, 7, 21, 60, 90 e 120 dias)



Fonte: da autora, 2017.

Figura 6 – Evolução do caso em fotografia extrabucal na posição meio perfil esquerdo (pré, 7, 21, 60, 90 e 120 dias)







Fonte: da autora, 2017.

Figura 7 – Evolução do caso em fotografia extrabucal na posição perfil direito (pré, 7, 21, 60, 90 e 120 dias)



Fonte: da autora, 2017.



Figura 8 – Evolução do caso em fotografia extrabucal na posição perfil esquerdo (pré, 7, 21, 60, 90 e 120 dias)



Fonte: da autora, 2017.

A satisfação da paciente com o resultado foi avaliada por meio de escala EVA modificada (APÊNDICE E) no último período pós-operatório de apresentação desse caso clínico, o que corresponde ao período de 120 dias pós-cirúrgico.

A paciente preencheu de próprio punho aos critérios estabelecidos de dor, desconforto, inchaço (edema), dificuldade em alimentar-se, dificuldade para falar, parestesia, resultado estético e limitação de abertura (trismo) em uma escala de 0 a 10.

## 4 DISCUSSÃO

O presente relato de caso observou os achados clínicos trans e pós-operatórios de uma paciente submetida à cirurgia de Bichectomia.

Faz-se necessário avaliar os resultados deste procedimento, devido a imprevisibilidade a longo prazo dos efeitos da remoção intencional de uma porção da bola de Bichat (LIMA, A. M.; SOUZA, R. D., 2016).

Há uma escassez de estudos científicos bem conduzidos com boa casuística em relação ao real efeito da bichectomia na face como procedimento isolado. São apenas relatos de casos e, em muitos desses, a cirurgia de remoção parcial das bolas de Bichat está associada a outros procedimentos cirúrgicos.

Neste estudo foi realizada a técnica de incisão do método de Stuzin, pois os autores acreditam que forneça uma visualização rápida e menos traumática à bola de Bichat (FAGAN, J., 2012). Independente da variação do local de incisão, as técnicas listadas nesta revisão de literatura têm em comum o fato de serem intrabucais, o que faz com que não haja cicatrizes externas ou perceptíveis advindas do procedimento cirúrgico, representando, assim, uma vantagem para os pacientes submetidos a esta intervenção.

Segundo Brasil e colaboradores (2016), a bola de Bichat possui volume total aproximado de 9,6 mL e a remoção deve limitar-se a no máximo 2/3 do volume total, o que significa que a remoção parcial não deve ultrapassar 6,4 mL de cada lado. Ainda relata que o controle do volume da remoção pode ser mensurado com o auxílio de seringa, como foi realizado nesse relato de caso que teve como quantidade removida 3 mL de cada lado da paciente.

Há uma inconsistência entre os estudos quanto à mensuração da quantidade de tecido adiposo removido, pois em alguns casos a medida é feita por meio de balança eletrônica (medida em gramas) e em outros, é realizada com uso de seringa (medida em mL). Quando a medida é realizada na balança eletrônica, a média é aproximadamente 3,32 gramas como mostra o estudo de série de casos de Lima e Souza (2016). Segundo Stuzin (1990), a variação entre o lado direito e esquerdo é de aproximadamente 1,5 gramas, podendo ser removido de 4 a 6 gramas de tecido gorduroso em ambos os lados.

No estudo de Lima e Souza (2016), a mensuração do edema pós-cirúrgico foi medida a partir de pontos de marcação cutâneos fixos no ângulo da mandíbula, mento e trágus e os perímetros tragus-mento e tragus-ângulo foram medidos nos tempos pós-operatórios de 7 e 90 dias. Neste relato de caso, optamos pela mensuração de três medidas e em mais tempos pós-operatórios, para uma avaliação completa e detalhada do progresso de redução do edema, e para definição de metodologia de estudo futuro.

Stuzin e colaboradores (1990) relataram que as complicações advindas da remoção da bola de Bichat realizadas de forma intraoral são mínimas, o que se confirma neste relato de caso. Porém, segundo Nicolich e Montenegro (1997) pode haver hematomas, abscesso por efeito de uma contaminação da cavidade, trismo e, ainda, paralisia do nervo facial, que pode ser transitória ou permanente.

No estudo de Marcos (2017), são relatadas complicações associadas à remoção sobretudo estética da bola de Bichat e possíveis opções de tratamento. São relatadas as seguintes complicações: lesão ao ducto parotídeo e retenção de fluido salivar que foram tratadas com colocação de material para drenagem de exsudato; lesão da derme, abscesso, necrose e supuração persistentes por mais de 60 dias em função de incisão em local ectópico que foram tratadas com terapia antibiótica, drenagem e fisioterapia; paralisia por acometimento a ramos bucais do nervo facial que foi tratada com laserterapia e medicamentos a base de vitamina do complexo B.

A paciente relatou satisfação estético-funcional com o resultado atingido, conforme questionário preenchido no último período de avaliação pós-operatória, porém conforme mostra a avaliação física, não houve alterações significativas nas mensurações faciais, o que pode ser justificado pelo fato de terem sido removidas apenas 3 mL de gordura de cada lado, somado ao fato da paciente possuir perfil braquifacial, o que demonstra que o tratamento da harmonização facial apenas por meio da remoção da bola de Bichat é limitado e, portanto, os resultados estéticos serão melhores ilustrados para faces com zigomas projetados (THOMAS, et al., 2012). Porém, se analisarmos as fotos frontais, é possível observar uma alteração que se reflete na diminuição da porção média da face quando comparado pré-operatório com 7 dias pós-operatórios, o que vai ao encontro da satisfação da paciente quanto ao

resultado. Além disso, outro fator que deve ser considerado é a variação de peso corporal de aproximadamente 2kg que ocorreu durante os períodos de acompanhamento, principalmente a partir do tempo de 90 dias pós-operatórios, o que pode contribuir para um resultado estético mais sutil e menos visível, já que, conforme Guryanova e Guryanova (2015), a aparência volumétrica da face é constituída pela bola de Bichat, em conjunto com os tecidos moles que são um complexo de gordura subcutânea, músculos e ligamentos. Sendo assim, um aumento de gordura subcutânea pode contribuir para um aumento volumétrico da face, mesmo após remoção parcial bilateral da bola de Bichat.

Uma limitação deste relato de caso é o tempo de acompanhamento que foi de 4 meses. A literatura refere a necessidade de controle de 6 meses pós-operatórios para avaliação do resultado final, pois é quando ocorre a acomodação completa dos tecidos moles em relação ao edema causado pelo procedimento cirúrgico (STEVÃO, 2015).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exame físico por meio da análise das fotografias extrabucais e das alterações de perímetros faciais, observamos que a paciente apresentou mudanças sutis em seus contornos faciais, apesar dos perímetros faciais mensurados não terem apresentado grande variação milimétrica.

A partir do questionário de satisfação foi possível perceber que a paciente percebeu de forma mais negativa a “dificuldade de alimentar-se” e o “inchaço (edema)”, seguido pela “dificuldade de falar” e o “desconforto”. Além disso, apontou a “dor” e a “limitação de abertura (trismo)” como existentes, porém leves, enquanto apontou para a ausência de “parestesia”. A paciente sentiu-se extremamente satisfeita com o resultado estético, não corroborando com as análises métricas pós-operatórias realizadas.

Os achados literários mostraram as aplicações clínicas da bola de Bichat na Odontologia tanto como material de enxertia para reconstruções orais e maxilofaciais, quanto para adequação estético-funcional dos contornos faciais.

A cirurgia de Bichectomia pode ser considerada uma técnica relativamente simples, segura e que contribui para a melhoria do padrão estético-funcional, com poucos riscos e mínimas contraindicações. Entretanto, deve ser realizada por profissionais com conhecimentos anatômicos da região e que façam uso de uma técnica segura. Além disso, a cirurgia de remoção parcial das bolas de Bichat deve ser indicada após correta análise facial do paciente.

Faz-se necessário, também, abordar que o resultado final não será imediato e que os resultados são imprevisíveis, podendo ser necessários procedimentos complementares para aquisição dos contornos faciais desejados.

São necessários mais estudos que possam avaliar a cirurgia de remoção das bolas de Bichat a longo prazo.

## REFERÊNCIAS

- ADEYEMO W.L. et al. Closure of oro-antral fistula with pedicle buccal fat pad. A case report and review of literature. **African Journal of Oral Health**. 2004;1(1):42–6.
- BATRA, H.; JINDAL, G.; KAUR, S. Evaluation of different treatment modalities for closure of oro-antral communications and formulation of a rational approach. **J. Maxillofac. Oral Surg.**, New Delhi, v. 9, no. 1, p. 13-18, Mar. 2010.
- BICHAT, F. M. X. Anatomie generale: appliquee á la physiologie et la Médecine. Paris, 1801. Cited in Stuzin JM, Wagstrom L, Kawamoto HK, Baker TJ, Wolfe A. The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. **Plast Reconstr Surg** V.85, p.29, 1990.
- BORGONOVO, A. et al. Surgical options in oroantral fistula treatment. **Open Dent. J.**, Netherlands, v. 6, p. 91-98, 2012.
- BRASIL, L. de F. M. et al. Reparos anatômicos para cirurgia de Bichectomia. **Archives of Health Investigation**. v. 5; 2016. Brasil.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. 2016. Legislação. Disponível em: < <http://cfo.org.br/>>. Acesso em: < 15 set. 2017>.
- CHAKRABARTI, J. et al. Pedicled buccal fat pad flap for intraoral malignant defects: a series of 29 cases. **Indian J Plast Surg.**, Mumbai, v. 42, no. 1, p. 36-42, Jan./June 2009.
- CORDERO, G. B. et al. Odontogenic sinusitis, oro-antral fistula and surgical repair by Bichat's fat pad: literature review. **Acta Otorrinolaringol. Esp.**, Barcelona, v. 67, no. 2, p. 107-113, Mar./Apr. 2016.
- DONCATTO, L.; SCHWANTZ, P. E. Análise das proporções volumétricas faciais em rostos femininos e masculinos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. V.41, Suplemento 01, 2012.
- DUNCAN, D. Rotunda AM. Injectable therapies for localized fat loss: state of the art. **Clin. Plast. Surg.**, Philadelphia, v. 38, no. 3, p.489–501, July 2011
- EGYEDI, P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. **J. Maxillofac. Surg.**, Stuttgart, v. 5, no. 4, p. 241-244, Nov. 1977.
- FAGAN, J. Buccal fat pad flap. **Open access atlas of otolaryngology, head & Neck operative surgery**. 2012.
- GADIPELLY, S. et al. Traumatic herniation of buccal fat pad in 1 year old child: case report and review of literature. **J. Maxillofac. Oral Surg.**, New Delhi, v. 14, suppl. 1, p. 435-437, Mar. 2015. AVALCANTE, J. R. et al. Reduction and fixation of unstable fractures of the zygomatic arch: report of a series of cases. **J. Surg. Tech. Case Rep.**, Mumbai, v. 7, no. 2, p. 29-31, July/Dec. 2015.

GOODSTEIN W. A. Superficial liposculpture of the face and neck. **Plast. Reconstr. Surg.**, Baltimore, v. 98, no. 6, p. 988-996, Nov. 1996.

GURYANOVA, R. A.; GURYANOVA, A. S. CT Anatomy of buccal fat pad and its role in volumetric alterations of face. **The International Archives of the Photogrammetry, Remote Sensing and Spatial Information Sciences**, Volume XL-5/W6, 25–27 May 2015, Moscow, Russia.

HERNANDO, J. et al. Oroantral communications. A retrospective analysis. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, Valencia, v.15, no. 3, p. e499-e503, May 2010.

JAIN, C. et al. Pedicled buccal fat pad in the management of oroantral fistula: a clinical study of 15 cases. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Copenhagen, v. 41, no. 8, p.1025-1029, Aug. 2012.

JACKSON, I. T. Buccal fat pad removal. **Aesthet. Surg. J.**, St. Louis, v. 23, no. 6, p. 484-485, Nov./Dec. 2003.

LIMA, A. M.; SOUZA, R. D. Bichectomia: Relato de Série de Casos. **Universidade Tiradentes**, Aracaju. 2016.

MADEIRA, M. C. Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para prática odontológica. 4 ed.2001 São Paulo, 2001.

MARCOS, R. B. Corpo adiposo bucal: anatomia aplicada a técnica cirúrgica, aplicações. **Faculdade ILAPEO**, Curitiba, 2017.

MARKEY, J.; BENET, A.; EL-SAYED, I. The endonasal endoscopic harvest and anatomy of the buccal fat pad flap for closure of skull base defects. **Laryngoscope**, St. Louis, v. 125, no. 10, p. 2247-2252, Oct. 2015.

MATARASSO, A. Buccal fat pad excision:aesthetic improvement of the midface. **Ann Plast Surg** 26:413 -418, 1991.

MATARASSO, A. Managing the buccal fat pad. **Aesthet. Surg. J.**, St. Louis, v. 26. No. 3, p. 330-336, May/June 2006.

MOHAN, S.; KANKARIYA, H.; HARJANI, B. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of cases. **J. Maxillofac. Oral Surg.**, New Delhi, v. 11, no. 2, p. 128-131, June 2012.

NICOLICH, F.; MONTENEGRO, C. Extracción de La bola de Bichat: Uma operação simples com surpreendentes resultados. **Folia Dermatológica Peruana**. V.8. n.1. Marzo de 1997.

OLIVEIRA, J.C.C.A.; GÓES, R.S. Cirurgia de Bichectomia com finalidade estético funcional: revisão de literatura e relato de dois casos. **Universidade de Tiradentes**. Aracaju, 2017.

POESCHL, P. W. et al. Closure of oroantral communications with Bichat's buccal fat pad. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v. 67, no. 7, p. 1460-1666, July 2009.

STEVAO, E.B. Bichectomy or Bichatectomy - A Small and Simple Intraoral Surgical Procedure with Great Facial Results. **Adv Dent & Oral Health**, Curitiba, v. 1, no.1, p. 001-004, Aug. 2015.

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

THOMAS, M.K.; D'SILVA, J.A.; BOROLE, A.J. Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face. **Indian J. Plast. Surg., Mumbai, v. 45, no. 1, p. 122-127, Jan. 2012.**

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

TOSHIHIRO, Y. et al. Applicability of buccal fat pad grafting for oral reconstruction. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Copenhagen, v. 42, no. 5, p. 604-610, May 2013.

YU, C.C, CHEN, P.K, CHEN, Y.R. Botulinum toxin a for lower facial contouring: a prospective study. **Aesthetic Plast. Surg.**, New York, v. 31, no. 5, p. 445-451, Sept./Oct. 2007.

ZHANG, H.M. et al. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. **Plast Reconstr Surg.** 2002;109(7):2509-18; discussion 2519-20.



## APÊNDICE A:

### Termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisa: "Bichectomia - avaliação da funcionalidade da técnica operatória: revisão de literatura e relato de caso"

Coordenação: Profa. Dra. Adriana Corsetti

Você está sendo submetido a cirurgia de remoção parcial bilateral das bolas de bichat (gordura localizada nas bochechas). O procedimento será realizado no Bloco Cirúrgico de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Previamente à cirurgia será realizada após avaliação do histórico médico/odontológico, anamnese e aferição de sinais vitais. A cirurgia será realizada com anestesia local sendo realizada em um único momento. Após o procedimento serão feitas orientações pós-operatórias e será prescrita medicação analgésica para dor (Paracetamol 500mg), administrado de 6 em 6 horas e medicação antiinflamatória (Toragesic 10 mg), de 8 em 8 horas por 3 dias. Após a cirurgia, ocorrerão 5 encontros pós-operatórios a curto prazo: 7, 21, 60, 90 e 120 dias após o procedimento cirúrgico. Estão previstos retornos futuros para acompanhamento a longo prazo. Em cada encontro, realizaremos pesagem corpórea, medição dos perímetros faciais, exame clínico intra e extrabucal e fotografias extrabucais. Sendo que no encontro de pós-operatório de 120 dias, solicitaremos o preenchimento de questionário quanto à satisfação do paciente com o procedimento (cujo tempo previsto é de cinco minutos).

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da cirurgia são: acometimento do ducto da glândula parótida, parestesia temporária ou permanente (perda de sensibilidade/ sensação de dormência), lesões aos tecidos adjacentes, edema pós-operatório (inchaço local), hemorragia transoperatória, diminuição de amplitude de abertura bucal (diminuição da abertura bucal), infecções ou necessidade de reintervenção cirúrgica.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados serão sempre tratados confidencialmente. Serão feitos registros de imagens com a finalidade de avaliar as alterações de contornos faciais nos períodos pós-operatórios.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis Adriana Corsetti, pelo telefone (51) 9972-5227 e com as pesquisadoras Katherine de Andrade Kindlein, pelo telefone (51) 99416929 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

APÊNDICE B:

Termo de autorização de uso de imagem

Eu Milena Marcelle Möller

depois de conhecer e entender a cirurgia e seus riscos, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e informações pessoais (como peso, medidas faciais, medida das bolas de bichat removidas cirurgicamente), específicos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores **Prof. Dra. Adriana Corsetti** e a **CD. Katherine de Andrade Kindlein** do projeto de pesquisa intitulado "**Bichectomia - avaliação da funcionalidade da técnica operatória: revisão de literatura e relato de caso**" a realizar as fotos que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências, e mídias sociais), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados. As imagens obtidas durante a pesquisa serão sempre tratadas confidencialmente, garantindo o sigilo dos participantes. As imagens serão utilizadas durante a análise dos dados, bem como no momento da apresentação e posterior publicação do projeto.

Porto Alegre, 17 de Julho de 2017.

Milena M. Möller

Participante da pesquisa

Adriana Corsetti  
Dra. Adriana Corsetti  
Cirurgiã especialista em cirurgia maxilo-facial  
e de Bico-Mandíbulo-facial  
CRORS 12773 O-4 676.130.499-04

Pesquisador

responsável pelo projeto

**APÊNDICE C:**  
**Instrumento de anamnese**

PESQUISA  
BICHECTOMIA - AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA TÉCNICA OPERATÓRIA: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

Nome do participante: MILENA MULLER  
Dt. Nasc: 13/11/95 Sexo: F Cor: B Est. Civ.: Solteira Profissão: Estudante  
End.: Rua Wlborio Müller, 458 Cidade: São Leopoldo  
UF: RS  
CEP: 93415110 Fone: (51) 9.92931771

**ANAMNESE**

1. Já teve hemorragia? (S)  (N)
2. É alérgico? (S)  (N)
3. Teve febre reumática? (S)  (N)
4. Sofreu distúrbio cardíaco-vascular? (S)  (N)
5. Sofreu de gastrite ou úlcera? (S)  (N)
6. É diabético ou tem diabéticos na família?  (S)  (N)  Avós materna e paterna e Avô materno
7. Já desmaiou? (S)  (N)
8. Está em tratamento médico? (S)  (N)
9. Está tomando algum medicamento?  (S)  (N)  Se caso afirmativo, quais?  
Anticoncepcional - Setene
10. Já teve alguma doença ou foi operado nos últimos 5 anos? (S)  (N)
11. Apresenta mordiscamentos e/ou traumas unilateral ou bilateral em mucosa jugal?  (S)  (N)  Se sim, qual a frequência com que apresenta trauma?  
.....
12. Sente necessidade de alteração no contorno facial? Sim
13. Está satisfeito com a harmonia do seu rosto? Sim, mas acho que poderia melhorar
14. Já passou por processo de emagrecimento afim de alterar/diminuir os contornos da face?  
Sim
15. Está ciente que após a remoção das bolas de Bichat, o contorno do seu rosto irá sofrer mudanças irreversíveis?  (S)  (N)
16. Mesmo sabendo da irreversibilidade da cirurgia ainda está disposto a participar do estudo?  (S)  (N)

Data: 17/07/2017 Assinatura do paciente/responsável: Milena M. Müller

**EXAME FÍSICO**

Exame físico intra-oral mostra linha alba de mordiscamento em mucosa jugal bilateral. Exame físico extra-oral mostra distância entre os malar maior do que distância entre os ângulos.

**INTERVENÇÃO CIRÚRGICA**

Procedimento proposto: REMOÇÃO CIRÚRGICA BILATERAL E PARCIAL DA BOLA DE BICHAT

Data: 17/07/2017 Cirurgião: KATHERINE KUMREIN Assistente: CRISTINE BITTNER Anestesia:  
Anestésico: DO NERVO ALVEOLAR SUPERIOR POSTERIOR BILATERAL Anestésico: LIDOCAÍNA 2%  
Vasoconstritor: EPINEFRINA No de tubetes: 3, 5 Pressão (PA) pré-operatória: 110/80 Pulso (P) pré-operatório: 68 PA trans-operatória: 120/85  
P trans-operatório: 70 PA pós-operatória: 70  
P pós-operatória: 70 Indicação do procedimento: QUEIXA SINTOMÁTICA FUNCIONAL DE AUMENTO DO VOLUME DAS BOCHÉCHAS E MORDISCAMENTO DE MUCOSA JUGAL.

**Descrição do procedimento:**

Após anestesia foi realizada incisão na região posterior ao ducto maxilar. Foi realizada a excisão da bola de bichat e a excisão das fatias adjacentes com traqueia em curva e drenagem. Metzenbaum, punção da bola de Bichat e remoção parcial da mesma. Após, a rinha foi realizada com fio de seda 4-0. Concluído um lado, fez-se o mesmo no outro lado.

**REGISTRO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS**

NÃO HAVIA COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS.

**APÊNDICE D:**  
**Instrumento de orientações pós-operatórias**

**INSTRUÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS**

Paciente: <b>MILENA MARCELE MULLER</b>	Retorno em <b>24/07/17</b> Local <b>3º ANDAR</b>
---	---

**1) DO MOMENTO DA CIRURGIA ATÉ 24H APÓS (1º dia) :**

- 1.1 Não faça bochechos/não lave a boca.
- 1.2 Mantenha-se em **repouso absoluto** com a cabeça apoiada em dois travesseiros.
- 1.3 Aplique bolsa de gelo na face, sobre o lado operado, por 30 min a cada 2h.
- 1.4 Tome somente alimentação líquida/pastosa, fria/gelada. Ex: suco, gelatina, sorvete, fruta esmagada.
- 1.5 Não tome leite ou derivados do mesmo (exceção sorvete).
- 1.6 Siga corretamente a medicação prescrita (em anexo). **Não substitua nenhum medicamento nem sua dosagem sem consultar previamente a pesquisadora.**
- 1.7 Neste dia, não exerça atividades que exijam raciocínio e concentração (estudantil/profissional, assinar cheques/documentos) ou atividades motoras (dirigir veículo ou similar, por exemplo). Solicite acompanhamento familiar para o deslocamento após a intervenção cirúrgica.

**2) 24h APÓS A CIRURGIA ATÉ 48h APÓS (2º dia) :**

- 2.1 Inicie a lavagem da boca.
- 2.2 Não complete a medicação prescrita, prossiga com as doses.
- 2.3 Pode ser iniciada a alimentação de derivados do leite.
- 2.4 Siga a alimentação líquida ou pastosa, levemente aquecida.

**3) A PARTIR DE 48h APÓS A CIRURGIA (3º dia em diante) :**

- 3.1 Escove normalmente os dentes. Higienize bem o local operado.
- 3.2 Passe a ingerir alimentos progressivamente aquecidos e espessados conforme tolerância.

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

- a) Não tome nenhum medicamento sem estar rigorosamente indicado. Suspenda álcool e/ou fumo.
- b) Mantenha-se em **repouso absoluto** nas primeiras 24h.
- c) **Não se exponha** ao sol ou a calor excessivo por **45 dias** pós-operatórios.
- d) **Não pratique** esportes ou exercícios físicos por **21 dias** pós-operatórios.
- e) A inflamação pós-operatória é perfeitamente normal, pois é a defesa natural do organismo. A colocação de gelo nas primeiras 24h é decisiva para auxiliar no seu controle. É normal que ela aconteça por vários dias, dependendo da manipulação durante o ato cirúrgico e da gravidade da intervenção.
- f) Manchas arroxeadas na pele poderão surgir (resultado da sufusão de sangue na região operada).
- g) Pequeno sangramento é normal nas primeiras 24h não devendo constituir-se motivo de preocupação. Evite cuspir pois impossibilita a formação de coágulo que inicia a cicatrização. Caso o sangramento seja grande faça um rolo de gaze (não use algodão) e coloque-o sobre a região operada, mordendo-o com força. Mantenha-o sob pressão por 15 min. Coloque bolsa com gelo sobre a face no lado do sangramento. Fique na cama com a cabeça sobre 2 travesseiros.
- h) Em caso de dor intensa, sangramento excessivo, febre (acima de 38°C), calafrios ou vômito, ligue para o telefone abaixo.

**Katherine Kindlein - (51) 9941-6929**

j) Observações \_\_\_\_\_

**APÊNDICE E:**  
**Instrumento de avaliação baseado na EVA modificada:**

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O RESULTADO FINAL

Nome: Milena Marcelle Müller

Sinais Clínicos	Avaliação quantitativa										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dor			X								
Desconforto						X					
Inchaço (Edema)							X				
Dificuldade de alimentar-se							X				
Dificuldade de falar						X					
Parestesia	X										
Resultado estético										X	
Limitação de abertura (trismo)				X							

Considerando: 0 - nenhum sinal clínico e 10 - todos os sinais clínicos

