



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

FELLIPE BORGES DUTRA

**REVISÃO DE LITERATURA: A UTILIZAÇÃO DO CORPO ADIPOSEO BUCAL
COMO TRATAMENTO ALTERNATIVO PARA ANOMALIAS FACIAIS E LESÕES**

Tubarão

2019

FELLIPE BORGES DUTRA

**REVISÃO DE LITERATURA: A UTILIZAÇÃO DO CORPO ADIPOSEO BUCAL
COMO TRATAMENTO ALTERNATIVO PARA ANOMALIAS FACIAIS E LESÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Odontologia, da
Universidade do Sul de Santa Catarina
como requisito parcial à obtenção do título
de cirurgião-dentista.

Orientadora: Profa. Janaína Salomon Ghizoni, Dra.

Tubarão
2019

FELLIPE BORGES DUTRA

**REVISÃO DE LITERTURA: A UTILIZAÇÃO DO CORPO ADIPOSEO BUCAL COMO
TRATAMENTO ALTERNATIVO PARA ANOMALIAS FACIAIS E LESÕES**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Odontologia e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão, 18 de novembro de 2019.

Professora e orientadora Janaína Salomon Ghizoni, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Glaucia Helena Faraco de Medeiros, Ms.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Gustavo Otoboni Molina, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela sua existência em nossas vidas e sempre nos guiar para o caminho da luz.

A minha mãe, Claudete da Silva Borges, meu padrasto Ilson Hobold e meu irmão, Yan Borges Lemos por sempre terem acreditado em mim, por todos os conselhos, todos os momentos bons, por nunca deixarem faltar algo de que eu precisasse e principalmente por fazerem esse sonho possível.

A minha companheira, Bruna Cátia Damian por sempre estar ao meu lado com todo seu amor, carinho e compreensão mesmo em dias difíceis.

Aos meus amigos João Pedro Veronezi, Julia Balduino, Paulo da Silva, entre outros, pelas risadas, por sempre me ajudarem quando precisei, por toda diversão proporcionada e pela sua fidelidade como amigos.

A minha orientadora, Prof. Janaina Salomon Ghizoni por toda sua paciência e por acreditar no meu potencial, por sua dedicação e por ser uma profissional incrível que serve como inspiração a qualquer aluno que passe por ela.

A minha banca, Prof. Gustavo Otoboni Molina e Prof. Glaucia, por aceitarem fazer parte da minha banca e por tudo o que nos ensinaram durante nossa formação, com certeza ficará marcado seus ensinamentos.

RESUMO

O corpo adiposo bucal é um tecido gorduroso localizado entre os músculos masseter e bucinador, que tem a função de proteger as estruturas nobres da face e contribuir nos processos de sucção e mastigação. Algumas de suas vantagens para fins terapêuticos são: sua rica vascularização, fácil de ser coletado, tamanho semelhante em todos os indivíduos e baixa taxa de complicações. O objetivo deste estudo foi abordar sobre a utilização do corpo adiposo bucal em diversas lesões/anomalias bucais e procedimentos estético destacando vantagens, limitações e suas consequências na cirurgia oral. Apesar de ser considerada uma ótima alternativa para o tratamento de lesões e anomalias faciais, é necessário a realização de mais estudos sobre o tema. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura. A busca de estudos foi realizada nas bases de dados Google Acadêmico, MEDLINE, PubMed, *Science Direct* e SCIELO, utilizando os descritores: Bola de bichat, cirurgia oral, lesão bucal, bochecha, anomalia facial.

Palavras-chave: Bola de Bichat. Cirurgia oral. Lesão bucal. Bochecha. Anomalia facial.

ABSTRACT

The buccal fat pad is a fatty tissue located between the masseter and buccinator muscles, which has the function of protecting as noble structures of the face and contributing to sucking and chewing processes. Some of its advantages for therapeutic purposes are its rich vascularity, easy to be collected, identical size in all individuals and low complication rates. The aim of this study was to address the use of the oral fat body in various oral lesions / anomalies and aesthetic procedures highlighting the advantages, restrictions and their consequences in oral surgery. Although considered a great alternative for the treatment of facial lesions and anomalies, further studies on the subject are needed. This is a literature review research. A study search was performed in the Google Scholar, MEDLINE, PubMed, Science Direct and SCIELO databases, using the following descriptors: Bichat ball, oral surgery, mouth injury, cheek, facial anomaly.

Keywords: Buccal fat pad. Oral surgery. Mouth injury. Cheek. Facial anomaly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Bichectomia pré e pós-operatório.....	16
Figura 2 –	Vista frontal e oblíqua direita da ponta nasal mostrando a injeção pós-preenchimento de gordura de corpo estranho.....	18
Figura 3 –	Enxerto inserido na ponta nasal por meio de incisão marginal da narina.....	19
Figura 4 –	Vista frontal e oblíqua direita da ponta nasal mostrando aparência reduzida 3 meses no pós-operatório.....	19
Figura 5 –	Vista frontal e retraída de malformação venosa da pálpebra inferior direita.....	20
Figura 6 –	Vista intraoperatória da ressecção da malformação venosa e inserção de enxerto de gordura bucal.....	20
Figura 7 –	Resultado 3 meses após ressecção da malformação venosa e enxerto de gordura pós-bucal com pálpebra retraída.....	20
Figura 8 –	Pele afinada sobre dorso nasal após inserção de implante de silicone sólido e melhoria da qualidade da pele e contorno com enxerto de gordura bucal.....	21
Figura 9 –	Reconstrução intraoral pelo CAB após ressecção maxilar em um paciente com carcinoma.....	24
Figura 10 –	Exame histopatológico mostrando neoplasia delimitada por cápsula de tecido conjuntivo fibroso.....	29
Figura 11 –	Técnica do Túnel.....	32
Figura 12 –	Técnica convencional.....	32
Figura 13 –	Pós-operatório 10 dias após a redução da almofada de gordura bucal.....	37
Figura 14 –	Ressonância magnética nuclear com contraste intravenoso de gadolínio.....	38
Figura 15 –	Procedimento cirúrgico para verificação do edema, remoção do respectivo conteúdo e instalação da drenagem e sutura de Penrose.....	39

Figura 16 – Imagem 30 dias após reintervenção cirúrgica, mostrando o retorno do contorno facial e área dos ductos parótidos com aparência normal.....	39
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Detalhamento de 12 pacientes submetidos a enxertos CAV para o tratamento de lesões.....	25
Quadro 2 – Tipos de leucoplasias e localização na cavidade bucal.....	27
Quadro 3 – Complicações do tratamento cirúrgico dos adenomas pleomórficos de parótida.....	30
Quadro 4 – Lesões e anomalias faciais, etiologias e tratamentos.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS

CAB – Coxim adiposo bucal / Corpo adiposo bucal

CCE – Carcinoma de células escamosas

COAs – Comunicações ororatrais

CV – Carcinoma verrucoso

LO – Leucoplasia oral

LVP – Leucoplasia verrucosa proliferativa

OMS – Organização Mundial de Saúde

RM – Ressonância magnética

PubMed – *US National Library fo Medicine*

SCIELO – *Scientific Eletronic Library*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 RESULTADOS.....	14
4.1 CORPO ADIPOSEO BUCAL	14
4.2 BICHECTOMIA	15
4.3 HARMONIZAÇÃO FACIAL UTILIZANDO O CORPO ADIPOSEO BUCAL	17
4.3.1 Caso 1.....	18
4.3.2 Caso 2.....	19
4.3.2 Caso 3.....	21
4.4 LESÕES E ANOMALIAS.....	23
4.4.1 Carcinoma Epidermóide	23
4.4.2 Leucoplasia.....	27
4.4.3 Adenoma Pleomórfico	28
4.4.4 Fístula Oroantral.....	30
4.4.5 Fibrose Submucosa Oral	33
4.4.6 Lábio leporino.....	34
4.3 COMPLICAÇÕES	36
5 DISCUSSÃO	41
6 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

O corpo adiposo bucal foi descrito pela primeira vez em 1732, por Lorenz Heister (Alemanha, 1683-1758), o qual acreditava se tratar de uma estrutura de natureza glandular, denominando-a “glândula malar”. Somente em 1802, o anatomista Marie-François Xavier Bichat (França, 1771-1802), descreveu detalhadamente a Bola de Bichat ou corpo adiposo bucal (CAB), a qual sua localização na região da bochecha, entre os músculos masseter e bucinador, possuía a função de proteger estruturas neuromusculares da face e auxiliar no processo de sucção e mastigação (SHOJA et al., 2008).

O CAB tem íntima relação com o ramo bucal do nervo facial e com o ducto da parótida. Apresenta peso médio de 3,9 g e espessura de 6 mm na maioria dos casos. Esse tecido costuma ter uma diferença de peso de 0,51 g entre os lados direito e esquerdo. O CAB possui um tamanho constante entre as pessoas e não exerce dependência diante do peso corporal ou na distribuição de gordura, apesar de ser histologicamente similar a outros depósitos de gordura encontrados no corpo humano, não é consumido pelo metabolismo, sendo bastante semelhante à gordura orbitária. Como finalidade funcional, além da indicação para pessoas que têm o hábito de morder internamente as bochechas para evitar hiperplasias, aftas e sangramentos, o corpo adiposo bucal é utilizado para procedimentos reconstrutivos como fechamento de comunicação buco sinusais e reconstrução de defeitos causados por tumores, devido à sua expansão. Também é útil como camada oral protetora no fechamento de fístulas e pode ser utilizado para cobrir o enxerto ósseo no aumento da crista alveolar melhorando a região com defeito para implantes dentais. Deste modo, possui diferentes aplicações na reconstrução oral e maxilofacial (MARCOS, 2017).

Destaca-se como vantagens de sua utilização, a fácil disponibilidade do retalho e o grande suprimento sanguíneo do leito receptor, além disso é um tecido autólogo e fácil de ser coletado, o que resulta em altas taxas de sucesso. Raras foram as complicações relatadas, sendo que, na maioria dos casos, os resultados alcançados foram aceitáveis (AHARI et al., 2016).

Neste contexto, este trabalho buscou descrever as diferentes formas de utilização do CAB em diversas lesões e anomalias faciais como tratamento, além de discutir suas principais complicações, desvantagens e vantagens.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Revisar a literatura sobre as diversas utilizações do corpo adiposo bucal e suas complicações.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o tratamento utilizando a Bola de Bichat em lesões/anomalias bucais e tratamentos estéticos.
- Relacionar o tratamento proposto e suas complicações no pós-operatório.
- Avaliar as vantagens e desvantagens do tratamento em procedimentos cirúrgicos.
- Descrever as complicações decorrentes como lesões em estruturas nobres, hemorragias, entre outras.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura, descritiva com abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado nas bases de dados Google Acadêmico, MEDLINE, *US National Library fo Medicine* (PubMed), *Science Direct* e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). Foram utilizados os seguintes descritores nas buscas: Bola de bichat, cirurgia oral, lesão bucal, bochecha, anomalia facial.

Foram incluídos nesta pesquisa, artigos publicados no idioma português e inglês, disponíveis na íntegra de forma gratuita, monografias, trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações, relacionados com o objetivo do estudo.

4 RESULTADOS

As buscas realizadas nas bases de dados selecionadas, resultaram na escolha de estudos que dão sustentação teórica à investigação delimitada. Após a análise e interpretação dos estudos, os resultados estão organizados em tópicos.

4.1 CORPO ADIPOSEO BUCAL

Com importância para a estética facial, o corpo adiposo bucal possui diferentes funções ao longo da vida, principalmente na infância. No período fetal por exemplo, o CAB possui formato globular e é fundamental para sucção, após o nascimento ele tem como sua função principal ser um acessório para a mastigação preenchendo espaços profundos na face e serve como amortecedor para contrações musculares e movimentos da mastigação, além de proteção de músculos ou feixes neurovasculares faciais (YOUSUF et al., 2010).

Segundo Poissonnet e colaboradores (1983), na fase de embrião, o CAB sofre diferenciação no segundo semestre de gestação (entre a décima quarta e décima sexta semana), na vigésima terceira semana permanece em um tamanho constante e sofre um aumento até a vigésima nona semana de vida intra-uterina. Podemos dividir a formação da gordura em 5 fases morfogênicas, sequencialmente em:

- Gordura indiferenciada sem tecido de condensação
- Invasão vascular/angiogênese;
- Desenvolvimento de lóbulos mesenquimais;
- Aparição de lóbulos gordurosos primitivos;
- Lóbulos gordurosos definitivos.

Sua localização anatômica no feto está situada sob a borda anterior do masseter, no bucinador e o suporte sanguíneo é através da artéria bucal, artéria temporal profunda e artéria alveolar superior posterior (RÁCZ; MAROS; SERES-STURM, 1989). No adulto, o CAB é contido no espaço bucal incluindo o ducto da parótida, artéria bucal, artéria e veia facial, glândulas salivares, ramos dos nervos facial e mandibular e canais linfáticos. Limitado pela fáscia do músculo cervical

profundo, medialmente pelo músculo bucinador, antero-lateralmente pelos músculos da expressão facial e posteriormente pela glândula da parótida (TART et al., 1995).

O CAB é utilizado em diversos procedimentos em cirurgia oral, tanto para reconstruções intraorais quanto para fins estéticos. Alguns exemplos de cirurgias são: fistula oro-antral, ressecção de carcinomas, fendas palatinas, cistos entre outras (KIM; HAN; KIM, 2017). Um dos métodos mais seguros cirurgicamente para o acesso e utilização do CAB é através de uma incisão no sulco bucal superior na região da tuberosidade maxilar. Existem abordagens para a localização do corpo da Bola de Bichat através da identificação dos ramos do nervo facial próximo ao masseter, seguindo para uma fina abertura entre esses ramos (chamada na cirurgia como levantamento facial). Pode-se utilizar também a dissecação direta, com uma incisão acima do primeiro molar e uma incisão na mucosa bucal 1 cm abaixo e atrás da abertura do ducto parotídeo (YOUSUF et al., 2017).

Alguns dos problemas que resultam na falha ao utilizar o CAB são: necrose por tensão ou manipulação excessiva, infecção prévia, sinusite maxilar, hematoma e lesão do nervo facial. Uma desvantagem é que sua utilização pode ser feita somente uma vez, mas quando aplicada corretamente, resulta em sucesso completo (MAGRO FILHO et al., 2010).

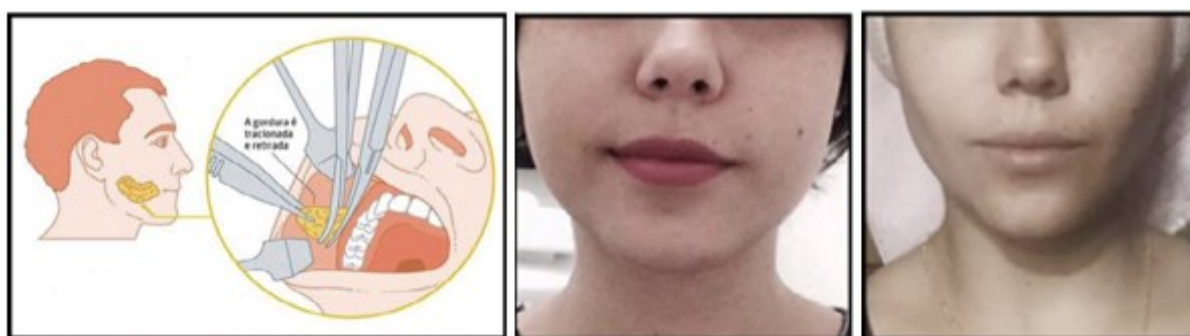
Quando da remoção intencional do CAB (bichectomia), é necessário avaliar os resultados do procedimento, pois seus efeitos a longo prazo ainda não estão estabelecidos. Desta forma, deve-se limitar a remoção quando desnecessária para evitar o risco de sequelas graves como paralisia do nervo facial e lesão da glândula parótida (NICOLICH; MONTENEGRO, 1997; STEVÃO, 2015). De acordo com relatos na literatura, há casos de exigência estética acima do normal, ressaltando em encaminhamento psicológico, motivado por perturbações psicopatológicas (CARVALHO et al., 2012).

4.2 BICHECTOMIA

A cirurgia de bichectomia (Figura 1) consiste na remoção cirúrgica de um tecido adiposo localizado nas bochechas, conhecido como Bola de Bichat ou Gordura de Bichat (NICOLICH; MONTENEGRO, 1997). A bichectomia entrou rapidamente na área da cirurgia plástica, pelo fato da retirada dessa gordura produzir um melhoramento da harmonia facial. Além disso, essa técnica cirúrgica também dispõe

como objetivo funcional para redução de traumatismos crônicos mastigatórios nas mucosas jugais, causadas pelo volume avantajado destas estruturas anatômicas, e quando presentes são prejudiciais aos tecidos adjacentes, que podem induzir a formação de diversas lesões patológicas, inclusive de neoplasias. Desse modo, a indicação para a cirurgia não se estende única e exclusivamente a razões estéticas, sendo considerado um procedimento estético-funcional do aparelho mastigatório (SANGALETTE et al., 2017).

Figura 1 – Bichectomia pré e pós-operatório.



Fonte: Dalmolin, 2016.

A cirurgia é indicada para as pessoas que estão insatisfeitas com o volume de suas bochechas e que apresentam clinicamente um volume aumentado da Bola de Bichat. É também indicado para as pessoas que têm o hábito de morder internamente as bochechas gerando constantes hiperplasias, aftas e sangramentos. As contraindicações são as mesmas de qualquer cirurgia eletiva, como: pacientes que fazem radioterapia e/ou quimioterapia, pacientes com infecções locais, cardiopatias severas, imunossupressão, coagulopatia e nefropatia (LIMA; SOUZA, 2016).

Atualmente, a remoção da Bola de Bichat está se popularizando entre as pessoas como um procedimento estético para alcançar um rosto bem delineado, com uma estética facial melhorada e contornos que destacam a angularidade das características esqueléticas faciais (MARCOS, 2017). Entretanto, a retirada deste corpo adiposo bucal com finalidade exclusivamente estética alcança mais resultados quando associados a outros procedimentos, tais como: lipoaspiração e/ou preenchimento da região malar com grânulos de hidroxiapatita. Os resultados da retirada da Bola de Bichat isoladamente podem produzir resultados praticamente imperceptíveis quando não corretamente indicada (ALVAREZ; SIQUEIRA, 2018).

O procedimento de bichectomia pode ser considerado de três formas: estético, funcional ou estético-funcional. Para isso, é essencial uma avaliação minuciosa das dimensões faciais individualmente (KINDLEIN, 2017). É necessário obter 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 irá atender às expectativas do paciente, devendo este ser comunicado dos possíveis resultados antes da realização do procedimento (LIMA; SOUZA, 2016).

Apesar do procedimento cirúrgico parecer ter uma facilidade na sua execução, há muitas variáveis que podem acabar em acidentes transoperatórios e complicações pós-operatórias com graves consequências e de difícil resolução por parte de profissionais sem o devido preparo. As complicações podem até mesmo ocorrer por profissionais devidamente capacitados com experiência e formação técnica no assunto (SANGALETTE et al., 2017; MADEIRA, 2001).

4.3 HARMONIZAÇÃO FACIAL UTILIZANDO O CORPO ADIPOSEO BUCAL

Pequenas irregularidades no contorno facial podem ser resultados de várias causas como trauma e lesões inflamatórias na face, que geralmente levam a necrose gordurosa e perda de volume dos tecidos moles. Da mesma forma, o uso de numerosos implantes em procedimentos estéticos, geralmente leva ao afinamento da pele subjacente e, finalmente, à exposição dos implantes por necrose por pressão. Tanto os materiais biológicos quanto os sintéticos têm sido utilizados para a reposição do volume de tecidos moles perdidos na área facial. Enchimentos sintéticos são "prontos para uso", que requerem pouca experiência para uso. Entretanto, eles são caros e frequentemente requerem procedimentos repetidos ou de recarga. Recentemente, o enxerto utilizando tecido gorduroso tornou-se um método popular de reposição de volume de tecidos moles na região facial, porém, os delicados glóbulos de gordura são sensíveis ao trauma (KIM; SASIDARAN, 2017).

Portanto, a retirada da gordura enxertada dessa maneira geralmente é reduzida, exigindo procedimentos repetidos de colheita e enxerto. Os enxertos dérmicos e dermo-adiposos também foram utilizados no passado, no entanto, requer um local doador que esteja um pouco afastado da área operacional e o procedimento geralmente deixa uma cicatriz na área doadora (KIM; SASIDARAN, 2017).

A seguir são apresentados uma série de casos de harmonização facial utilizando o corpo adiposo bucal.

4.3.1 Caso 1

Paciente do sexo feminino com 25 anos, que desenvolveu granuloma na ponta nasal após aumento da ponta nasal por injeção de preenchimento (Figura 2). A remoção do granuloma da ponta nasal aumentou a depressão do contorno da ponta nasal e na potencial formação de espaço vazio para o hematoma.

Figura 2 – Vista frontal e oblíqua direita da ponta nasal mostrando a injeção pós-preenchimento de gordura de corpo estranho.



Fonte: Kim e Sasidaram, 2017.

O enxerto de gordura bucal foi colhido intraoralmente da bochecha esquerda e o enxerto foi inserido na ponta nasal por meio da mesma incisão marginal da narina direita (Figuras 3). Isso serviu para obliterar o espaço vazio localizado na ponta nasal, além de corrigir a potencial deformidade no contorno. No seguimento em série, 3 meses após a cirurgia, o vermelhidão da ponta nasal foi resolvido, sem exposição ao enxerto e retorno à qualidade da pele quase normal (Figura 4) (KIM; SASIDARAN, 2017).

Figura 3 – Enxerto inserido na ponta nasal por meio de incisão marginal da narina.



A. Enxerto de gordura bucal colhido na bochecha esquerda. B. Incisão na borda direita do alarme para remover granuloma de corpo estranho. C. Enxerto de gordura bucal inserido no espaço potencial pós-remoção do granuloma de silicone.

Fonte: Kim e Sasidaram, 2017.

Figura 4 – Vista frontal e oblíqua direita da ponta nasal mostrando aparência reduzida 3 meses no pós-operatório.



Fonte: Kim e Sasidaram, 2017.

4.3.2 Caso 2

Paciente mulher de 32 anos com malformação venosa da pálpebra inferior direita (Figura 5). Foi submetida à excisão dessa lesão, que pode causar depressão ou ectrópio na pálpebra inferior direita. Um enxerto de gordura bucal de 3 cm foi colhido e inserido na região inferior direita para preencher o espaço após a ressecção da lesão (Figura 6). Ela foi vista três anos após o procedimento, com boa correção do contorno, sem ectrópio e sem perda significativa do volume do enxerto (Figura 7) (KIM; SASIDARAN, 2017).

Figura 5 – Vista frontal e retraída de malformação venosa da pálpebra inferior direita.



Fonte: Kim e Sasidaram, 2017.

Figura 6 – Vista intraoperatória da ressecção da malformação venosa e inserção de enxerto de gordura bucal.



Fonte: Kim e Sasidaram, 2017.

Figura 7 – Resultado 3 meses após ressecção da malformação venosa e enxerto de gordura pós-bucal com pálpebra retraída.



Fonte: Kim e Sasidaram, 2017.

4.3.2 Caso 3

Uma mulher de 27 anos com dorso nasal afinado e extrusão de aumento pós-dorsal com implante de silicone sólido. Foi enxertada com 2 cm de enxerto de gordura bucal após a remoção do implante. Dois anos após o enxerto de gordura bucal mostra uma melhora na condição da pele e no contorno do dorso nasal (Figura 8) (KIM; SASIDARAN, 2017).

Figura 8 – Pele afinada sobre dorso nasal após inserção de implante de silicone sólido e melhoria da qualidade da pele e contorno com enxerto de gordura bucal.



Fonte: Kim e Sasidaram, 2017.

O uso de enxertos de gordura autólogos para a correção de contornos e melhorar a aparência da pele não é novidade. Um dos primeiros usos da gordura na literatura foi para correção de deformidades de contorno (CZERNY, 1895). Bem como, utilizado para a melhoria da qualidade da cicatriz (NEUBER, 1893).

A transferência precoce de gordura em bloco, teve bons efeitos imediatos, mas caiu em desuso devido aos seus maus resultados a longo prazo. O interesse no enxerto de gordura foi reavivado pelo advento da lipoaspiração nos anos 80 e pela sistematização das técnicas de enxerto de gordura nos anos 90 (MAZZOLA; MAZZOLA, 2015).

Embora a lipoaspiração e a lipoenxertia tenham se tornado um método popular de transferência de enxertos de gordura autólogos para aumento e correção

de contorno, a técnica não deixa de ter suas desvantagens inerentes. Em primeiro lugar, é necessário equipamento especial na forma de cânulas, seringas e máquinas de lipoaspiração. Em segundo lugar, pode ser necessário preparar um local distante do local de enxerto de gordura para a colheita dos enxertos de gordura. Em terceiro lugar, a aquisição de enxertos de gordura depende da quantidade de gordura disponível na área doadora que pode ser reduzida em indivíduos magros / atléticos. Nesses indivíduos, magros ou atléticos, um bom volume de gordura bucal ainda pode ser encontrado (TIDERMAN; BOSANQUET; SCOTT, 1986; STUZIN et al., 1990).

Finalmente, mesmo que o local de entrada para a lipoaspiração das cânulas seja geralmente colocado em locais ocultos, eles ainda deixam cicatrizes que podem ser perturbadoras para alguns pacientes por um curto período de tempo. Opta-se por usar o enxerto de gordura bucal pela simples razão de que a área doadora e qualquer vestígio de cicatrizes estão bem escondidos na face interna da bochecha. Os enxertos dermo-gordurosos também são boas opções para aumentar os defeitos de volume, entretanto, a aquisição desses enxertos é trabalhosa, com a necessidade de um segundo local de operação para a colheita do enxerto. Os enxertos dermo-gordurosos também são propensos a encolher após a transferência (HINTSCHICH, 2017).

Chakrabarthi e colaboradores (2009), descobriram que um retalho de gordura bucal poderia ser usado para ocultar defeitos pequenos a moderados, com de cerca de 4 cm de diâmetro, em sua série de 29 casos. Shrivastava e colaboradores (2013), mencionam que qualquer alongamento do enxerto de gordura bucal para cobrir defeitos maiores que 4 cm, pode levar à deiscência por comprometimento da vascularização na região do retalho. No entanto, lesões de até 6 cm de diâmetro foram corrigidas com sucesso, desde que o leito do defeito seja bem vascularizado.

O enxerto de gordura bucal também pode ser usado como enxerto de camuflagem sobre um implante nasal pós-rinoplastia e como substituição na rinoplastia secundária após remoção de corpo estranho. A ideia de usar um enxerto de gordura para camuflar sobre implantes, foi usada anteriormente no aumento estético da mama com implantes (AUCLAIR, 2009; AUCLAIR; ANAVEKAR, 2013).

No aumento da mama, o enxerto de gordura foi utilizado para camuflar os implantes mamários sob pele fina ou quando o implante foi colocado em uma bolsa subglandular em indivíduos magros. Da mesma forma, os enxertos de gordura bucal foram utilizados com sucesso como espaçador ou barreira na pele diluída após

implante de silicone para rinoplastia de aumento, bem como, em nossa série de casos. O autor sênior também usou enxertos de gordura bucal pediculados para prevenir contra a síndrome pós-parotidectomia de Frey (KIM; NAIDU; KIM, 2010).

Conforme os resultados de Kim e colaboradores (2017), o grupo de pacientes sugerem que o enxerto de gordura bucal é uma opção eficaz para o preenchimento de defeitos de contorno pequenos a moderados após a ressecção na região da cabeça e pescoço. Também foi utilizado com sucesso no tratamento de complicações decorrentes do uso de implantes de silicone sólido para aumento nasal. Foi relatado inclusive, que o enxerto de gordura bucal não apenas serviu como barreira eficaz e impediu a extrusão do implante, mas como um volumizador para aumentar a pele diluída do uso desses implantes. Além disso, foi observado uma redução na inflamação da pele, especialmente onde estavam os implantes nasais e uma melhora na aparência da pele.

4.4 LESÕES E ANOMALIAS

4.4.1 Carcinoma Epidermóide

O câncer bucal é responsável por aproximadamente 30% de todos os tumores malignos de cabeça e pescoço. Cerca de 90% são carcinomas epidermóides, enquanto o restante (10%) representam malignidades raras (linfomas, sarcomas e melanomas) e tumores de origem odontogênicas (SILVA; SANTANA; LOOMIS, 2000).

O carcinoma epidermóide bucal, também denominado como carcinoma de células escamosas (CCE), é uma neoplasia maligna com origem no epitélio de revestimento. A abordagem do CCE torna-se complexa, em muitas vezes por desconhecimento e falta de recursos dos profissionais, juntamente com o medo e o preconceito dos pacientes (HAMADA et al., 1991).

O carcinoma epidermoide acomete mais homens entre a quarta e a sexta década de vida, principalmente em indivíduos expostos aos fatores de risco relacionados à etiopatogênese do carcinoma epidermoide de boca, como: tabagismo, etilismo crônico e radiação solar, no caso de câncer de lábio (NEVILLE; ALLEEN; DAMM, 2004).

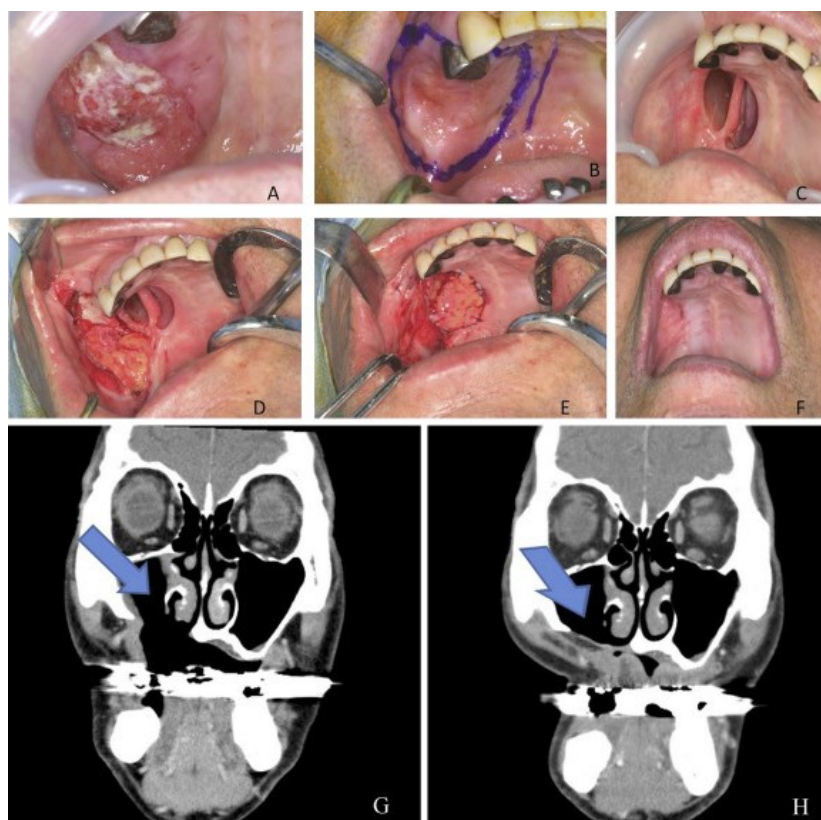
Normalmente, a Bola de Bichat é usada para corrigir defeitos intraorais ligados a remoção de cistos e dissecação de tumores benignos. Quando ligado a

tumores malignos, é necessário a complementação com radioterapia pós-operatória (MOHAN; KANKARIYA; HARJANI, 2012).

Bither, Halli e Kini (2013), avaliaram a reconstrução utilizando o corpo adiposo em 3 pacientes com defeitos de tamanho médio após a ressecção tumoral. Confnfirmando que a utilização do CAB é um método eficaz para a reconstrução de defeitos orais de 4 a 5 cm, com sua completa cicatrização em até 5 semanas.

Hasibul e colaboradores (2016), relataram sete casos de ressecção de carcinoma. A cicatrização foi avaliada pela integridade do enxerto, necrose e epitelização do enxerto. Em todos os casos descritos foram utilizadas reconstrução imediata, exceto um, reconstruído após 3 anos de ressecção. Primeiramente, foi determinada a extensão e o grau de envolvimento da lesão no local. O coxim adiposo bucal e sua extensão bucal foram mobilizados por dissecção romba. Depois de dissecado, o coxim adiposo bucal foi suavemente retirado de seu leito, ajustada em sua nova posição e suturada sem tensão para evitar a chance de necrose (Figura 9).

Figura 9 – Reconstrução intraoral pelo CAB após ressecção maxilar em um paciente com carcinoma.



A-F. A ressecção foi feita e uma prótese removível foi usada para fechar a comunicação oroantral. G-H. Avaliação da reconstrução por imagens de Tomografia Computadorizada.

Fonte: Hasibul e colaboradores, 2016.

Os tecidos conjuntivos adjacentes foram mantidos intactos para preservar o suporte sanguíneo local e a relação anatômica entre o coxim adiposo bucal, os ramos bucais do nervo facial e o ducto parotídeo. Os tecidos adiposos antes amarelados, mudaram para vermelho claro dentro de uma semana. Quatro semanas após a cirurgia, os enxertos quase se transformaram em uma mucosa normal (HASIBUL et al., 2016).

Uma membrana bioabsorvível foi colocada sobre o enxerto juntamente com spray de fibrina e trombina para uma ligação rápida ao tecido adjacente. A fala e alimentação dos pacientes continuou estável, abertura de boca normal, não houve perfurações, nenhuma contração do enxerto, não houve cicatrização tardia e não foram observadas quaisquer recorrências na comunicação oroantral (HASIBUL et al., 2016).

Segundo os 12 casos de Hasibul e colaboradores (2016), a maioria encontrava-se dentro do tamanho de 50 × 40 mm (Quadro 1). O maior enxerto foi de 62 mm × 18 mm, realizado por Rotaru e colaboradores (2015).

Quadro 1 – Detalhamento de 12 pacientes submetidos a enxertos CAB para o tratamento de lesões.

(continua)

Nº	Idade (anos)	Sexo	Local do defeito	Diagnóstico	Tamanho do enxerto	Acompanhamento	Complicação
1	72	Masculino	Mucosa vestibular superior direita	Carcinoma de células escamosas	42 mm × 35 mm	Mais de 5 anos	Nenhum
2	92	Masculino	Mucosa bucal superior esquerda	Carcinoma de células escamosas	30 mm × 35 mm	Mais de 5 anos	Nenhum
3	75	Masculino	Mucosa vestibular superior direita	Carcinoma de células escamosas	24 mm × 20 mm	Mais de 5 anos	Nenhum
4	84	Feminino	Gengiva superior direita	Carcinoma de células escamosas	12 mm × 18 mm	Mais de 5 anos	Nenhum
5	37.	Masculino	Região molar superior esquerda	Fístula oroantral	30 mm × 30 mm	Mais de 5 anos	Nenhum
6	76	Feminino	Mucosa bucal superior esquerda	Contratura mucosa crônica por cirurgia	40 mm × 20 mm	5 anos	Nenhum

(conclusão)

Nº	Idade (anos)	Sexo	Local do defeito	Diagnóstico	Tamanho do enxerto	Acompanhamento	Complicação
7	66.	Masculino	Região molar superior esquerda	Fístula oroantral	25 mm × 10 mm	7 meses	Perfuração pequena menor que 2 mm
8	76	Masculino	Região molar inferior esquerda	MRONJ	20 mm × 20 mm	6 meses	Nenhum
9	76	Feminino	Região molar superior direita	MRONJ	12 mm × 10 mm	2 anos	Nenhum
10	75	Masculino	Região molar superior esquerda	Carcinoma de células escamosas	30 mm × 40 mm	10 meses	Nenhum
11	65	Masculino	Região molar superior esquerda	Carcinoma de células escamosas	44 mm × 30 mm	8 meses	Nenhum
12	77	Feminino	Região molar superior esquerda	Carcinoma de células escamosas	55 mm × 40 mm	8 meses	Nenhum

Fonte: Hasibul e colaboradores, 2016.

Pacientes também receberam radioterapia subsequentemente após a reconstrução. Em estudo realizado por Rapidis e colaboradores (2000), pacientes com tumores malignos foram tratados com radioterapia 4 semanas após a cirurgia, não apresentando complicações, demonstrando ao final desse tempo operatório, mucosa oral intacta. Desta forma, destaca-se que o CAB é um material seguro e efetivo para os enxertos intra-bucais, com vantagens na correção de qualquer defeito cirúrgico de pequeno a médio porte em dissecações de carcinomas (Hasibul K., et al. 2016).

Para Robertson e colaboradores (2001), a modalidade terapêutica mais indicada é a cirurgia. Médicos especialistas em diversas formas de câncer, relataram que os pacientes podem ter um aumento na sobrevida global em torno de 5% a 10% em lesões avançadas. Quando utilizado o tratamento radioterápico associado a uma dose alta e única de quimioterapia, empregando a cisplatina como agente único, eleva-se para 37% a sobrevida em 3 anos em comparação a 23% para pacientes submetidos a radioterapia exclusivamente (ADELSTEIN et al., 2003).

É preconizado por alguns médicos a associação da radioterapia e quimioterapia no pré-operatório, pela redução do volume tumoral. Apesar de alguns efeitos colaterais nem sempre serem aceitos pelos pacientes e não serem substanciais (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004).

4.4.2 Leucoplasia

A Leucoplasia oral (LO) é classificada como uma desordem de potencial maligno. Considerada uma das lesões com maior potencialidade de malignização que podem ocorrer na cavidade bucal (STARZYŃSKA et al., 2015). A LO possui algumas características básicas: placa branca aderida a mucosa que não pode ser removida a raspagem e não pode estar associada a outra doença (TOMASSI et al., 2013).

Os fatores de risco para a LO são coincidentes com os fatores de risco para o CCE, evidenciando-se a associação dessas lesões. Ambas as lesões, apresentam em comum o uso de tabaco e o álcool como fatores de risco mais importantes, separada ou concomitantemente (PARLATESCU et al., 2014; SCULLY, 2011; VAN; BUNN, 2012).

A Leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP) é uma lesão multifocal e progressiva da mucosa oral, com etiologia desconhecida e comumente resistente a todas tentativas terapêuticas, com recorrências frequentes. É caracterizada por uma alta taxa de transformação em CCE e carcinoma verrucoso da cavidade oral (FERRISE et al., 2013).

Mohan, Kankariya e Harjani (2011), utilizaram o CAB para a reconstrução de tamanho médio dos tecidos moles e duros de 4 pacientes com leucoplasia que estavam na maxila, localizadas na área retromandibular (Quadro 2). Nestes casos, o CAB foi deixado exposto a cavidade bucal para epitelização. O coxim adiposo bucal foi avaliado diariamente e o enxágue bucal foi proibido nos primeiros 4/5 dias. No 7º dia todos os pacientes foram submetidos a fisioterapia oral. Foram realizadas avaliações posteriores após 2 semanas, 1 mês e a cada 3 meses por 2 anos.

Quadro 2 – Tipos de leucoplasias e localização na cavidade bucal.

Nº	Sexo	Idade (anos)	Indicação	Localização	Acompanhamento (meses)
1	Masculino	23	Leucoplasia Verrucosa	Mucosa jugal	5
2	Feminino	25	Leucoplasia	Mucosa jugal	6
3	Masculino	38	Leucoplasia	Mucosa jugal	18
4	Feminino	36	Leucoplasia	Mucosa jugal	8

Fonte: Adaptado de Mohan, Kankariya, Harjani, 2011.

Os pacientes apresentaram boa evolução no pós-operatório imediato, sem intercorrências e sinais de epiteliação do coxim adiposo vestibular no final da primeira semana. A epiteliação aconteceu completamente no final do primeiro mês. Na segunda visita de acompanhamento (após 3 meses), a maioria dos pacientes teve o tampão adiposo bucal substituído por uma fina faixa de coloração esbranquiçada, coberta por mucosa normal (MOHAN; KANKARIYA; HARJANI, 2011).

Observa-se que para o tratamento de leucoplasias e leucoplasias verrucosas, o coxim adiposo bucal torna-se a escolha ideal para tais defeitos (médio a grande porte). Pois, retalhos locais como por exemplo: retalho de avanço bucal, retalho palatino pediculado, retalhos de dupla camada com tecidos bucais e palatais, produzem áreas grandes e desnudas, sendo inadequados nestes defeitos intraorais grandes (GUVEN, 1998; HAKIM; FAKHARANY, 1999).

Bánóczy e colaboradores (2001), analisaram estudos clínicos onde demonstraram uma conexão entre o fumo e a leucoplasia, concluindo que, em alguns casos, há uma regressão da lesão após a retirada do hábito de fumar. Quando escolhido o tratamento conservador, o azul de toluidina ajuda a fornecer informações adicionais em relação a modificações no comportamento da lesão.

4.4.3 Adenoma Pleomórfico

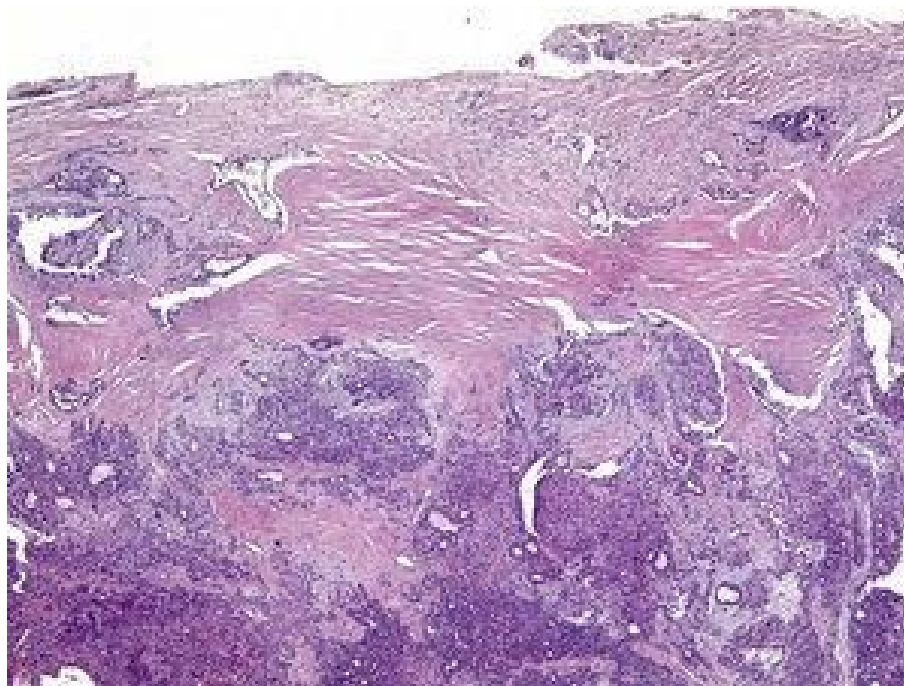
As neoplasias da glândula parótida constituem um grupo heterogêneo com mais de 30 tipos histológicos definidos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o adenoma pleomórfico é o tumor benigno mais comum (SEIFERT; SOBIN, 1991).

O adenoma pleomórfico é predominante frequente em mulheres entre 36 a 45,7 anos, com relação de 1,5:1. Esta neoplasia apresenta as características de lesão nodular única, margens delimitadas, consistência endurecida, superfície lobulada, móvel e indolor. Tumores bilaterais são extremamente raros (WITT, 2002).

Segundo Kamal e Othman (1997), com base na história clínica e o exame físico do paciente, pode-se diagnosticar a neoplasia da parótida minuciosamente, dispensando exames de imagem como tomografia computadorizada e ultrassonografia). A partir de um exame histopatológico utilizando cortes de parafina (parotidectomia preservando o nervo facial) é possível obter um diagnóstico idôneo desta lesão (WITT, 2002).

No exame histopatológico, observa-se uma neoplasia muitas vezes bem delimitada por tecido conjuntivo fibroso, com parênquima constituído por células epiteliais ductais e mioepiteliais (Figura 10) (CHIDZONGA; PEREZ; ALVAREZ, 1995).

Figura 10 – Exame histopatológico mostrando neoplasia delimitada por cápsula de tecido conjuntivo fibroso.



Corado com HE, aumento 40x.

Fonte: Oliveira e colaboradores, 2016.

Um estudo retrospectivo foi executado em 68 pacientes diagnosticados com adenoma pleomórfico da glândula parótida, realizado no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, entre janeiro de 1982 a junho 2002. Foram avaliados o sexo, idade, sintomas, exames complementares, tamanho, localização, técnicas cirúrgicas, complicações e evolução. Observou-se uma incidência maior em pacientes do sexo feminino com uma relação de 3,5:1, mais frequente na faixa etária entre 40 e 50 anos (29,4%) e nódulo na região parotídea presente em 100% dos casos. Além da duração dos sintomas e taxa de crescimento, a idade e o sexo são fatores importantes para direcionar o raciocínio clínico para o possível diagnóstico. As complicações pós-operatórias mais comuns foram parestesia (14,7%), paralisia do nervo facial (7,3%) e síndrome de Frey (4,4%) (Quadro 3) (TIAGO et al., 2003).

Quadro 3 – Complicações do tratamento cirúrgico dos adenomas pleomórficos de parótida.

Tipos de complicação	Frequência	Porcentagem
Parestesia do nervo facial	10	14,7%
Paralisia do nervo facial	5	7,3%
Síndrome de Frey	3	4,4%
Infecção	3	4,4%
Deiscência	3	4,4%
Cicatriz do tipo quelóide	2	2,9%
Fístula salivar	1	1,5%
Neuroma do nervo auricular	1	1,5%
Outras	3	4,4%

Fonte: Tiago e colaboradores, 2003.

A utilização do coxim adiposo bucal quando relacionado as massas parotídeas é controverso e é necessária grande experiência por parte do patologista para evitar o erro de diagnóstico. Raramente há resultados falso-negativos ou falso positivos para casos de adenoma pleomórfico (KAMAL; OTHMAN, 1997), o que contribui para o cirurgião estabelecer a malignidade da lesão (SHAHA et al., 1990).

Estudo realizado por Batsakis, Sneide e El-Naggar (1992), relataram 74% de concordância em relação ao coxim adiposo bucal e o exame histopatológico para neoplasias de parótida. No estudo feito por Tiago e colaboradores (2003), 24 dos casos que utilizaram o CAB apresentou concordância de 62,5% (15 de 24 casos).

4.4.4 Fístula Oroantral

As fistulas oroantrais possuem várias etiologias como traumas, patologias e principalmente cirurgias orais menores relacionadas a extração de molares superiores, devido a proximidade do seio maxilar e suas raízes (HANAZAWA et al., 1995). Quando essas fistulas ultrapassam 3 mm ou há infecção ou inflamação encontradas na região periodontal ou no seio maxilar, deve-se usar a cirurgia para seu fechamento (MARTIN-GRANIZO et al., 1997).

A utilização do CAB como enxerto, além de ser um procedimento cirúrgico rápido, simples e com alto índice de sucesso pós-cirúrgico, tem conquistado grande

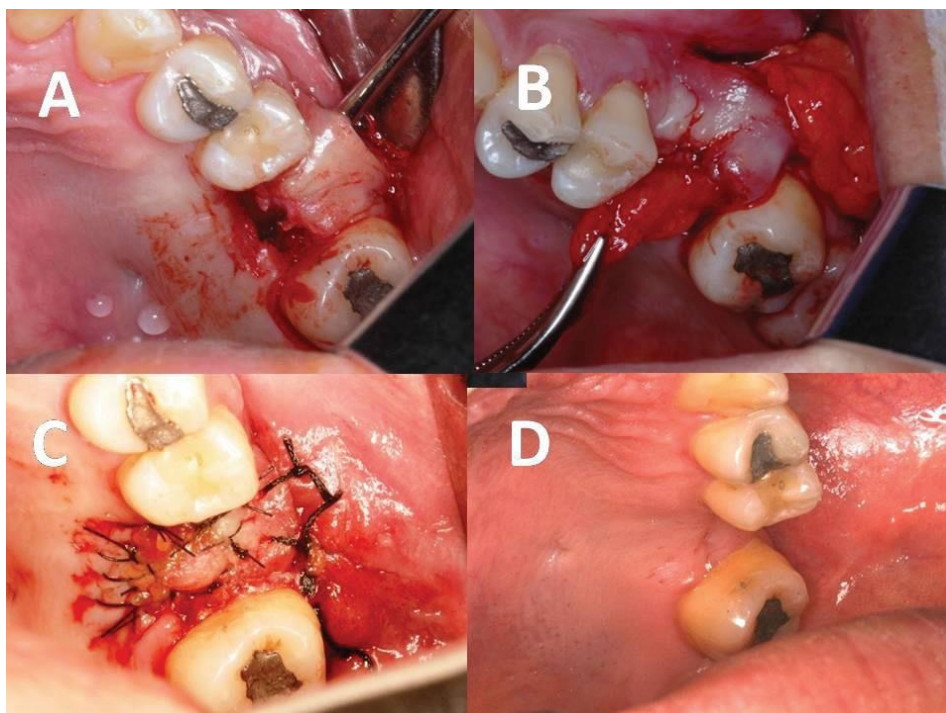
notoriedade na área buco-maxilo-facial, facilitando a escolha do tratamento (TIDEMAN; BOSANQUET; SCOTT, 1986). As lesões inferiores a 2 a 3 mm resolvem-se espontaneamente, quando superam esse limite há necessidade de intervenção do profissional. Alguns fatores influenciam para o tratamento com o CAB como o tempo de permanência, tamanho da lesão, grau da infecção, disponibilidade de tecido em regiões adjacentes, futura reabilitação protética (SUMANTH et al., 2016) e saúde geral do paciente (DAIF, 2016).

A classificação dos sinais e sintomas das comunicações oroantrais (COAs) são divididas em dois subtipos: agudas e crônicas. Alteração de ressonância vocal, epistaxe, dor, vazamento de fluidos ou ar da cavidade bucal para o nariz são causas comumente de uma COA aguda. Enquanto, a crônica apresenta dor de ouvido, surdez catarral, tosse noturna, desenvolvimento de pólipos antrais, pouco ou nenhuma dor, secreção nasal unilateral, entre outros sintomas (SUMANTH et al., 2016). O diagnóstico preciso é indispensável para o sucesso durante o tratamento destas sequelas (DENES; TIEGHI; ELIA, 2016).

Os fechamentos de COAs utilizando CAB como retalho são frequentes na literatura (DENES et al., 2012; PRASHANTH; NANDINI; BALAKRISHNA, 2013), porém há poucos estudos clínicos apresentados e amostras representativas. A técnica de Rehrmann (retalho vestibular trapezoidal com incisões na horizontal no periósteo) é por vezes comparada ao uso do CAB (NEZAFATI; VAFARI; GHOLIZADEH, 2012).

Retalhos a distância eram usados por muitos anos para cirurgias intraorais que necessitavam reconstruções (ABAD-GALLEGOS et al., 2013), uma vez que o uso do CAB não era recomendado por ser avaliado como arriscado pelos cirurgiões (DAIF, 2016). Atualmente, é considerado por muitas vezes a primeira escolha para tratamento de COAs com grande extensão (acima de 3 mm) (PEÑARROCHA-OLTRA et al., 2015), pois possui mínimas complicações pós-operatórias (BITHER; HALLI; KINI, 2013). Algumas das técnicas utilizadas para o tratamento de COAs com a aplicação do CAB são a técnica do túnel (Figura 11) e a técnica convencional (Figura 12) (FARIAS; CÂNCIO; BARROS, 2015).

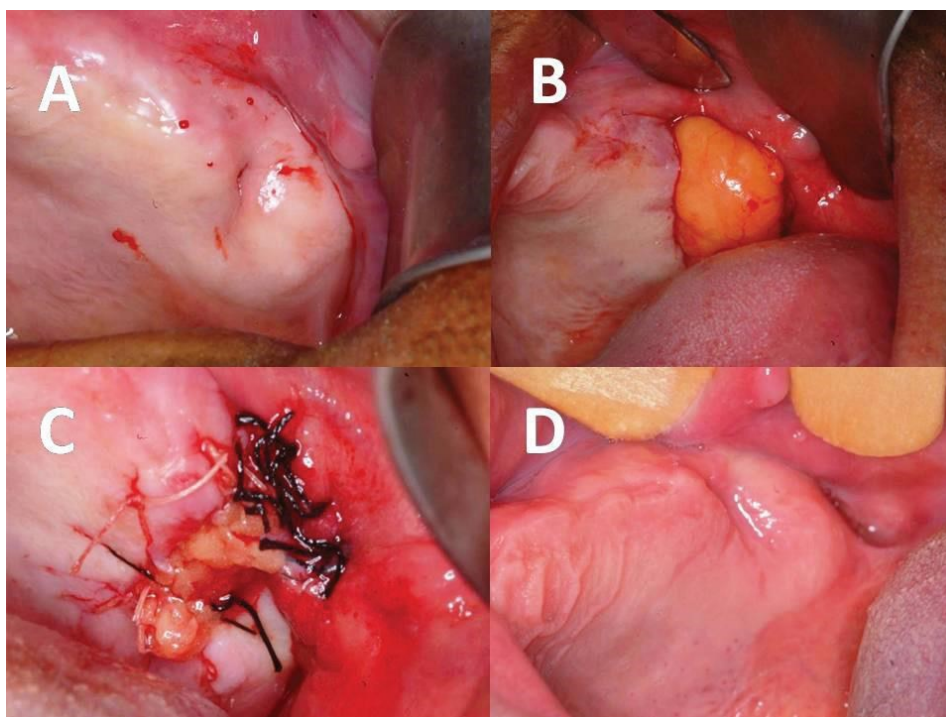
Figura 11 – Técnica do Túnel.



A. Incisão perifistular juntamente com incisão de fundo de vestibulo e descolador de Molt, evidenciando o túnel. B. Tecido adiposo pinçado e colocado por baixo do túnel. C. Sutura do tecido adiposo. D. Cicatrização após 4 meses.

Fonte: Farias, Cânciao, Barros, 2015.

Figura 12 – Técnica Convencional.



A. Evidenciamento de fístula em região de segundo molar. B. Incisão perifistular. C. Exposição do tecido gorduroso e sutura na mucosa do rebordo. D. Cicatrização após 3 meses, observando a total epiteliação.

Fonte: Farias, Cânciao, Barros, 2015.

A utilização do CAB, clinicamente apresenta um pós-operatório confortável sem alterar a profundidade do sulco vestibular. Assim, não há necessidade de um segundo procedimento para casos de reabilitação protética (CHAUDHARY et al., 2014; FARIAS; CÂNCIO; BARROS, 2015). As desvantagens relacionadas aos casos de CAOs são a extensão e a mobilização que precisa ser feita, fato que causa depressão antiestética na bochecha (AGRAWAL et al., 2015; ALONSO-GONZÁLEZ et al., 2015; YOUSUF et al., 2010).

4.4.5 Fibrose Submucosa Oral

A fibrose submucosa oral é uma doença insidiosa, crônica e incapacitante, de etiologia obscura que pode afetar qualquer parte da cavidade oral (RAI; DATARKAR; RAI, 2014). Faixas verticais aparecem na mucosa bucal, área retromolar, palato mole e rafe pterigomaxilar e um anel fibrótico se forma em torno de toda a rima oris, o que leva a vários graus de trismo (SHARMA et al., 2012). A doença pode levar a problemas sociais e de saúde significativos, além de interferir na ingestão nutricional adequada, higiene dental, fala e inspeção regular da cavidade bucal por câncer (KOTHARI et al., 2012).

Várias modalidades de tratamento conservador foram propostas para o manejo da fibrose submucosa oral, incluindo administração oral de vitaminas, antioxidantes, suplementos de ferro e zinco e injeções intralesionais de hialuronidase, hidrocortisona, extrato placentário, triancinolona, interferon gama e enzimas como cola nase e quimotripsina (JIANG; HU, 2009; PATIL et al., 2017). Embora essas modalidades possam beneficiar indivíduos com trismo menos grave, os pacientes nos estágios III e IV, geralmente requerem cirurgia para obter uma abertura bucal adequada (KHANNA; ANDRADE, 1995; KOTHARI et al., 2012; LAI et al., 1995).

Várias abordagens cirúrgicas foram descritas na literatura, como o corte de bandas fibrosas e o enxerto do defeito com diferentes tipos de retalhos. As técnicas relatadas incluem o uso de retalhos locais como retalho de língua (MEHROTA; PRADHAN; GUPTA, 2009), retalho palatino (KHANNA; ANDRADE, 1995), CAB (MEHROTA; PRADHA; GUPTA, 2009; YEH, 1996), retalho nasolabial (LAMBATE; DAWANE; THORAT, 2016; PATIL et al., 2017) e retalho pediculado da fáscia temporal superficial (MOKAL et al., 2017) ou retalhos distais como ântero-retalho lateral da coxa (HUANG et al., 2017) e retalho livre bilateral do antebraço radial (LEE et al., 2017). O

defeito também pode ser coberto por enxertos de pele de espessura dividida (MEHROTA; PRADHA; GUPTA, 2009), folhas de colágeno (PRADHAN et al., 2012), enxertos placentários (LAI et al., 1995) e aloenxertos (KO et al., 2009).

Em 1995, Lai e colaboradores e Yeh (1996), relataram simultaneamente o uso do CAB para fibrose submucosa oral. Devido ao seu rico suprimento sanguíneo através dos pequenos ramos da artéria facial, da artéria maxilar interna e da artéria temporal superficial por uma abundante rede de anastomose vascular, essa técnica tem sido utilizada para uma ampla variedade de defeitos intraorais (ARCE, 2007). A almofada de gordura bucal pode fechar defeitos de até 3 x 5 cm de tamanho, sem comprometer sua vascularização (YEH, 1996).

Em virtude de sua posição anatômica e facilidade com que pode ser acessado e mobilizado sem causar nenhum defeito perceptível na bochecha ou na boca, a Bola de Bichat tem sido utilizada como material de interposição confiável e com aproveitável índice de sucesso pós-operatório para a fibrose submucosa oral (PATIL et al., 2017).

4.4.6 Lábio leporino

O lábio leporino é um dos defeitos congênitos craniofaciais mais comuns. A restrição do crescimento transversal maxilar juntamente com a fístula palatina são um problema significativo nessa deformidade. A principal causa nessas complicações é a falta de tecido, criando tensão no fecho do defeito, bem como a cicatrização por segunda intenção e subsequente restrição do crescimento (LEVI; KASTEN; BUCHAMN, 2009).

A palatoplastia de lábio leporino é cada vez mais usada para palatoplastia primária e correção secundária da fenda labial palatina. Enquanto, a palatoplastia oferece a vantagem de alongar o palato, o componente mais tênue do reparo da mucosa oral é a transposição anterior do retalho z-plastia da mucosa oral. Quando a palatoplastia secundária foi realizada para corrigir a fenda labial, foi encontrado a separação da mucosa oral em 53% dos casos. Para atenuar esse problema, foi colocado retalhos de tecido adiposo bucal pediculados profilaticamente para fornecer uma camada vascular adicional para promover a cicatrização do retalho z-plastia da mucosa oral sobrejacente (QIU et al., 2019).

Qiu e colaboradores (2019), realizaram uma revisão retrospectiva de prontuários que identificou pacientes submetidos a retalhos de gordura bucal pediculados com palatoplastia. Examinou-se a fissura palatina, classificação de Veau, cirurgias de reparo primário e secundário do palato, técnica cirúrgica e complicações pós-operatórias. A necessidade de aumento do retalho de gordura bucal foi determinada se o retalho em z-plastia da mucosa oral apresentasse crepúsculo durante a transposição ou estivesse sob tensão no momento do fechamento. Os retalhos de gordura bucal unilateral e bilateral foram escolhidos com base nas áreas de tensão esperadas no reparo final. Foram identificados seis pacientes submetidos à palatoplastia com aumento do retalho de gordura bucal. Três pacientes apresentavam fissura labial e palatina unilateral, dois apresentavam fissura palatina submucosa e um apresentava fissura palatina apenas. O paciente mais jovem tinha 11 meses e o mais velho 7 anos e 9 meses. Metade dos procedimentos utilizou-se retalhos bilaterais com Bola de Bichat, enquanto o restante foi unilateral. Todos os pacientes foram atendidos com duas semanas de pós-operatório e acompanhados regularmente, com tempo médio de acompanhamento de 21 meses (intervalo de 8 a 41 meses). No pós-operatório, um paciente demonstrou 1 cm de área de deiscência da mucosa na ponta do retalho triangular posterior, que cicatrizou sem intercorrências. Não foram observadas outras complicações pós-operatórias, como complicações no local doador e relacionadas ao retalho de gordura bucal. Nenhum paciente desenvolveu fístula oronasal, o que sugere que o corpo adiposo bucal pode minimizar o comprometimento vascular e a deiscência da z-plastia da mucosa oral após a palatoplastia. Os cirurgiões de fissura palatina devem considerar a possibilidade de adicionar essa técnica de baixo risco ao seu repertório, pois fornece uma camada vascular adicional abaixo da parte mais tênue do fechamento da mucosa oral em uma palatoplastia e pode melhorar a vascularização da mucosa oral subjacente, a fim de minimizar a deiscência neste fechamento.

Com base no levantamento bibliográfico realizado neste estudo, no quadro 4 são apresentadas as lesões e anomalias discutidas e suas respectivas etiologias e possíveis tratamentos.

Quadro 4 – Lesões e anomalias faciais, etiologias e tratamentos.

Lesões/Anomalias	Etiologia	Tratamentos
Carcinoma Epidermóide	Tabagismo, etilismo, predisposição genética, deficiência nutricional, papiloma vírus humano (ANDRADE, 1999)	Cirurgia acompanhada de radioterapia, quimioterapia ou ambas (LOPES et al., 2002)
Leucoplasia	Causas ainda obscuras, porém, relacionadas ao tabagismo ou fatores predisponentes (LASKARIS, 2004)	Suspensão do consumo de tabaco, retirada de fatores irritantes locais, excisão cirúrgica, criocirurgia e CO2 laser (LASKARIS, 2004)
Adenoma Pleomórfico	Etiologia ainda controversa com predileção pelo sexo feminino entre a terceira e sexta década de vida (SPIRO, 1986; WITT, 2002)	Excisão cirúrgica (parotidectomia) (WITT, 2002)
Fístula Oroantral	Extração de dente próximas ao seio maxilar (MARZOLA, 1994; SCHOW, 1997)	Antibioticoterapia, irrigação local com soro fisiológico, cirurgia (Marzola C. 1994), (REZENDE; HEITZ, 1990)
Fibrose Submucosa Oral	Comum no sul e sudeste asiático com origem multifatorial e alta incidência em indivíduos que consomem noz de areca (MEHROTA; PRADHAN; GUPTA, 2009; TILAKARATNE; EKANAYAKA; WARNAKULASURIYA, 2016)	Manejo medicinal, terapia cirúrgica e fisioterapia (KERR et al. 2011)
Lábio Leporino	Má formação entre a quarta e oitava semana de gestação. Está associada a fatores genéticos ou ambientais (LEVI; KASTEN; BUCHAMAN, 2009)	Cirurgia de correção (aos três meses de vida para o lábio e um ano de idade para fenda no palato) e cirurgia estética (entre dezesseis e dezoito anos) (QIU et al., 2019)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

4.3 COMPLICAÇÕES

Matarasso (1991) propôs a remoção do corpo adiposo bucal para reduzir a proeminência da bochecha através do recontorno facial (ROHRICH et al., 2009). Esse procedimento envolve riscos como danos ao ramo bucal do nervo facial, nos ductos parótidos (HWANG et al., 2005), hemorragias e redução da entrada de células mesenquimais indiferenciadas presentes em número considerável nessa estrutura

como suporte cicatricial para os tecidos adjacentes (RACZ; MAROS; SERES-STURM, 1989).

Vieira e colaboradores (2019), descreveram um paciente em que o procedimento cirúrgico resultou em dano à glândula parótida e artéria bucal, confirmado pela exploração cirúrgica e ressonância magnética (RM), iniciado pela criação de um novo orifício para restabelecimento funcional da área lesada. O paciente JSS apresentava as seguintes características: 23 anos, sexo feminino, branca, ASA 1, usuária de contraceptivo e relatou ter sido submetida a uma bichectomia 10 dias antes. Logo após a cirurgia, observou inchaço excessivo na região operada, que evoluiu com dor intensa, febre, trismo e disfagia. Ela procurou um serviço de emergência hospitalar, onde foram solicitados exames hematológicos e indicou leucocitose. Em seguida, ela foi encaminhada para esta clínica para avaliação. Durante exame físico, observou-se edema bilateral no terço médio da face com assimetria facial, estendendo-se para a porção inferior, além de dor à palpação, trismo moderado, equimoses infraorbitais, bucais e cervicais na região esquerda (Figura 13).

Figura 13 – Pós-operatório 10 dias após a redução da almofada de gordura bucal.

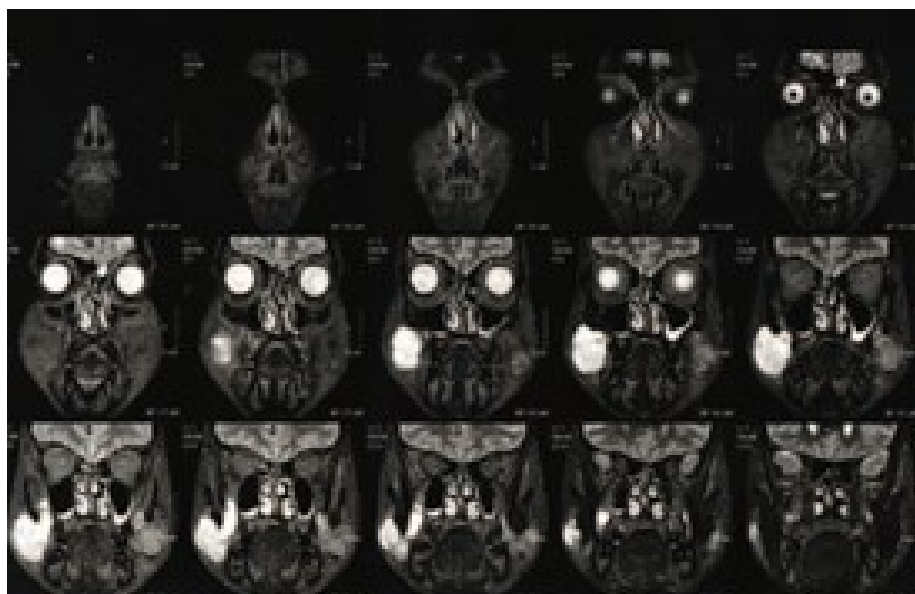


Fonte: Vieira e colaboradores, 2019.

Solicitou-se um exame de RM para avaliar a intimidade das áreas afetadas. Foi revelado uma imagem que sugeria conteúdo líquido, indicando invasão dos espaços bucais, com provável hematoma para a esquerda, com menor volume heterogêneo e abscesso/seroma incipiente à direita, associado ao hipersinal com

impregnação periférica pelo contraste. Foi estabelecido um provável diagnóstico de corte da glândula parótida e/ou artéria bucal durante a cirurgia, com vazamento de líquido (Figura 14) (VIERIA et al., 2018).

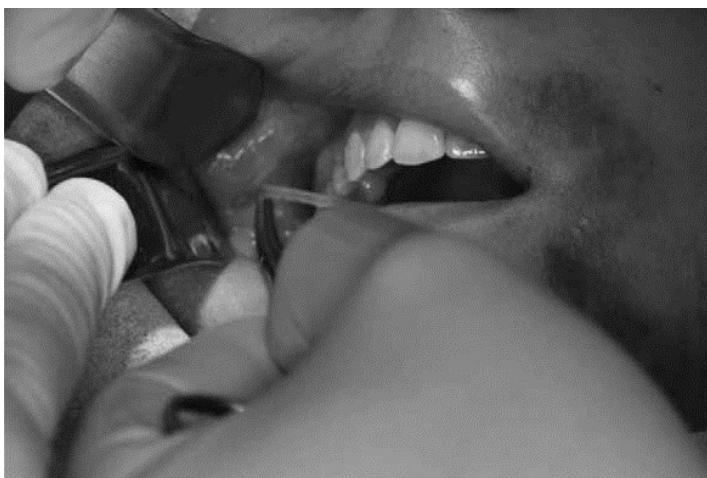
Figura 14 – Ressonância magnética nuclear com contraste intravenoso de gadolínio.



Fonte: Vieira e colaboradores, 2019.

Uma reintervenção cirúrgica foi realizada, com uma incisão bilateral (15 mm de extensão) com bisturi elétrico, cobrindo a mucosa jugal e o bucinador, acompanhada de divulsão para acessar a área lesionada. A porção central do lado direito da lesão revelou a presença de líquido seroso incolor compatível com a saliva. Confirmou-se lesão da glândula. Para recuperar a luz do ducto glandular, foi realizada uma manobra de colocação de stent, mas sem sucesso. Como a lesão estava restrita à porção distal do ducto a sua recanalização não foi possível, tomou-se a decisão de criar um novo orifício de drenagem. Uma parte proximal do ducto foi identificada através da divisão tecidual, dissecada e suturada com fio cirúrgico 5-0 na mucosa jugal. No lado esquerdo, a drenagem apresentou demasiada quantidade de sangue com secreção purulenta, compatível com um hematoma infectado. Um dreno de Penrose foi colocado em cada ferida e suas mucosas foram suturadas com fio absorvente 3-0 (Figura 15). Bandagens de compressão foram posicionadas no rosto do paciente (VIERIA et al., 2018).

Figura 15 – Procedimento cirúrgico para verificação do edema, remoção do respectivo conteúdo e instalação da drenagem e sutura de Penrose.



Fonte: Vieira e colaboradores, 2019.

Ao final do procedimento cirúrgico, o paciente foi medicado com antibiótico (Amoxicilina 500 mg a cada 8 horas por 10 dias), anti-inflamatório (Etodolac 400 mg a cada 12 horas por 4 dias) e analgésico (Lisador 500mg dipirona, 10 mg de cloridrato de adifenina, 5 mg de prometazina a cada 6 horas por 5 dias). Três dias após a intervenção, foi observada uma regressão acentuada do edema. Após 30 dias, observou-se remissão de todos os sinais e sintomas, demonstrando o sucesso da reintervenção cirúrgica, bem como o retorno da função do ducto parótido (Figura 15) (VIEIRA et al., 2019).

Figura 16 – Imagem 30 dias após reintervenção cirúrgica, mostrando o retorno do contorno facial e área dos ductos parótidos com aparência normal.



Fonte: Vieira e colaboradores, 2019.

A realização de uma bichectomia é um procedimento supostamente estético, mas pode causar várias lesões nas estruturas nobres localizadas nessa região. Portanto, os riscos e benefícios reais para o paciente devem ser amplamente discutidos. Essas lesões podem causar efeitos irreversíveis e o cirurgião deve ter cautela, realizando uma abordagem cirúrgica correta e exames complementares adequados (VIEIRA et al., 2019).

5 DISCUSSÃO

Há muitos anos, a Bola de Bichat tem chamado a atenção de anatomistas e cirurgiões faciais. A sua anatomia peculiar e a possibilidade de uso dessa estrutura para fins estéticos ou reconstrutivos já foram amplamente estudadas por diversos autores (BRADLEY, 2011; DUBIN et al., 1989; HONG; CHEN, 2000; JACKSON, 1999; MATARASSO, 2006). Em termos morfológicos, a Bola de Bichat é semelhante à gordura orbital (ORTIZ-MONASTERIO; OLMEDO, 1984), tem 6 mm de espessura, com um volume médio de 10 mL, pesa cerca de 9,3 g, situa-se entre o músculo bucinador e o músculo masseter e subdivide-se em 3 lóbulos: anterior, intermediário e posterior (STUZIN et al., 2002).

Devido suas características, sua utilização para reconstruções intraorais e correções de defeitos vem se popularizando e, conseqüentemente sua indicação como tratamento entre os cirurgiões. Em relação ao tratamento de CCE, alguns autores concordam e defendem o uso do CAB, sendo considerado um excelente material para o preenchimento de ressecções de lesões tumorais (BITHER; HALLI; KINI, 2013; HASIBUL et al., 2016; ROBERTSON et al., 2001). Outros autores concluíram que o tratamento de leucoplasias e leucoplasias verrucosas utilizando o corpo adiposo bucal, é a escolha ideal para defeitos de médio a grande porte (GUVEN; HAKIM; FAKHARANY, 1999; MAHAN; KANKARIYA; HARJANI, 2011).

No tratamento de fistulas oroantrais a utilização da Bola de Bichat também apresenta vantagens, sendo considerado um procedimento cirúrgico rápido, simples e com alto índice de sucesso pós-operatório (FARIAS; CÂNCIO; BARROS, 2015; TIDEMAN; BOSANQUET; SCOTT, 1986). Além disso, estudos demonstraram que a utilização da Bola de Bichat é recomendada pela vantagem de promover rico suprimento sanguíneo através dos pequenos ramos da artéria facial, da artéria maxilar interna e da artéria temporal superficial, devido uma abundante rede de anastomose vascular (ACRE, 2007; LAI et al., 1995; YEH, 1996).

Alguns autores argumentam sobre possíveis fatores que limitam o tratamento com o corpo adiposo bucal, como o tempo de permanência, tamanho da lesão, grau da infecção, disponibilidade de tecido em regiões adjacentes, futura reabilitação protética e saúde geral do paciente (DAIF, 2016; SUMANTH et al., 2016). Bem como, a falta de conhecimento do cirurgia, quanto a anatomia e técnica cirúrgica, pode resultar na falha do procedimento, como causar rompimento da artéria bucal,

corte da glândula parótida e lesão do nervo facial (MATARASSO, 1991; PATIL et al., 2017; VIEIRA et al., 2019). No caso da abordagem de comunicações oroantrais, uma restrição do procedimento com a Bola de Bichat é a necessidade de mobilização, que pode causar depressão antiestética na bochecha (AGRAWAL et al.; ALONSO-GONZÁLEZ et al; 2015; CHAUDHARY et al., 2014).

Complicações pós-operatórias relacionadas ao tratamento de adenoma pleomórfico da glândula paratódica foram relatados, como paratesia, paralisia do nervo facial e Síndrome de Frey (TIAGO et al., 2003). Essas lesões podem causar efeitos irreversíveis, ressaltando que a utilização do corpo adiposo bucal nas massas parotídeas requer elevado conhecimento e experiência do cirurgião neste procedimento (KAMAL; OTHMAN, 1997; VIEIRA et al., 2019).

Contudo, a maioria dos estudos demonstram que a utilização da Bola de Bichat apresenta vantagens que sobressaem as desvantagens, quando o procedimento é realizado por cirurgião qualificado e experiente nesta técnica. Pois, trata-se de uma material confiável, que proporciona rico suprimento sanguíneo, além da facilidade de coleta por profissional experiente, causa pouco ou quase nenhum desconforto para o paciente e, principalmente, favorece rápida cicatrização e epitelização.

6 CONCLUSÃO

O tratamento utilizando a Bola de Bichat como enxerto consiste na ressecção/enuclearão da lesão, combinado ou não com tratamentos neoadjuvantes (radioterapia ou quimioterapia), considerando os fatores etiológicos e a terapia medicamentosa em alguns casos. Após a retirada da lesão, é feita a cirurgia de bichectomia, o material é posicionado e suturado levemente e feito o seu acompanhamento. Dentro de 4 semanas ocorre sua epitelização, tornando-se praticamente o tecido adjacente ao seu posicionamento.

Na maioria dos casos o tratamento proposto possui alto índice de sucesso, havendo apenas controversas em relação ao adenoma pleomórfico, no qual complicações como parestesia, paralisia do nervo facial e Síndrome de Frey foram relatadas na literatura. Suas desvantagens são os acidentes transoperatórios e complicações pós-operatórias que podem ocorrer causadas por falha ou falta de capacitação do cirurgião durante a cirurgia. As complicações mais comuns são: trismo, corte da glândula parótida, corte da artéria bucal, paralisia do nervo facial, parestesia, hemorragias e vazamento de conteúdo líquido entre os tecidos.

As vantagens descritas na literatura sobre o uso deste material são a facilidade de coleta, material autólogo, rápida cicatrização e epitelização e pós-operatório confortável de acordo com a maioria dos pesquisadores. Entretanto, ainda não há consenso sobre a utilização da Bola de Bichat como tratamento de primeira escolha, porém está bem estabelecido suas vantagens como material alternativo e altamente recomendado pelos cirurgiões.

Assim, destaca-se a importância do corpo adiposo bucal como tratamento alternativo para lesões e anomalias faciais, necessitando de mais estudos com grupos maiores de pacientes, para demonstrar mais evidência científica sobre as possíveis complicações e vantagens.

REFERÊNCIAS

- ABAD-GALLEGOS, M.; FIGUEIREDO, R.; RODRÍGUEZ-BAEZA, A.; GAY-ESCODA, C. Use of Bichat's buccal fat pad for the sealing of orosinus communications. A presentation of 8 cases. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 16, n. 2, p. e215-9, 2011.
- ARCE K. Buccal fat pad in maxillary reconstruction. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 15:23–32, 2007
- ADELSTEIN, D. J.; LI, Y.; ADAMS, G. L.; WAGNER JR, H.; KISH, J. A.; ENSLEY, J. F. et al. An Intergroup Phase III Comparison of standard radiation therapy and two schedules of concurrent chemoradiotherapy in patients with unresectable squamous cell head and neck cancer. **J Clin Oncol**, v. 21, n. 1, p. 92-98, 2003.
- AGRAWAL, A.; SINGHAL, R.; KUMAR, P.; SINGH, V.; BHAGOL, A. Treatment of Oroantral Fistula in Pediatric Patient using Buccal Fat Pad. **Int J Clin Pediatr Dent**, v. 8, n. 2, p. 138-40, 2015.
- AHARI U.Z.; EESLAMI H.; FALSAFI P.; BAHRAMIAN A.; MALEKI S. The Buccal Fat Pad: Importance And Function. *J Dent Med Sci*. 2016;15(6):79-81.
- ALONSO-GONZALEZ, R.; PEÑARROCHA-DIAGO, M.; PEÑARROCHA-OLTRA, D.; ALOY-PRÓSPER, A.; CAMACHO-ALONSO, F.; PEÑARROCHA-DIAGO, M. Closure of oroantral communications with Bichat's buccal fat pad. Level of patient satisfaction. **J Clin Exp Dent**, v. 7, n. 1, p. e28-33, 2015.
- ALVAREZ, S. G.; SIQUEIRA, E. J. Bichectomia: sistematização técnica aplicada a 27 casos consecutivos. **Rev. Brasileira de Cirurgia Plástica**. v. 33, n. 1, p. 74-81, 2018.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Making treatment decisions**. 2004. Disponível em: <http://www.cancer.org>. Acesso em: 11 set. 2019.
- ANDRADE, M. Prazer Letal. **Rev ABO Nac.**, v. 7, n. 6, p. 328-31, 1999.
- AUCLAIR, E. Benefit of complementary lipofilling in aesthetic breast augmentation with implant. **Ann Chir Plast Esthet**, v. 54, n. 5, p. 491–495, 2009.
- AUCLAIR, E.; ANAVEKAR, N. Composite breast augmentation: soft tissue planning using implant and fat. **Plast Reconstr Surg**, v. 132, n. 3, p. 558–568, 2013.
- BÁNÓCZY, J.; GINTER, Z.; DOMBI, C. Tobacco use and oral leukoplakia. **J Dent Educ**, v. 65, n. 4, p. 322-7, 2001.
- BATSAKIS, J. G.; SNEIDE, N.; EL-NAGGAR, A. K. Fine-needle aspiration of salivary glands: its utility and tissue effects. **Ann Otol Rhinol Laryngol**, v. 1001, p. 185-8, 1992.
- BITHER, S.; HALLI, R.; KINI, Y. Buccal fat pad in intraoral defect reconstruction. **J Maxillofac Oral Surg**, v. 12, n. 4, p. 451-5, 2013.

BRADLEY, P. Buccal pad of fat and its applications in oral and maxillofacial surgery: a review of published literature (February) 2004 to (July) 2009. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 112, n. 2, p. 146, 2011.

CARVALHO, S. C.; MARTINS, E. J.; BARBOSA, M. R. Variáveis psicossociais associadas à cirurgia ortognática: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 25, n. 3, p. 477-490, 2012.

CHAKRABARTHI, J.; TEKRIWAL, R.; GANGULI, A.; GOSH, S.; MISHRA, P. K. Pedicled buccal fat pad flap for intraoral malignant defects: a series of 29 cases. **Indian J Plast Surg**, v. 42, n. 1, p. 36-42, 2009.

CHAUDHARY, B.; GONG, Z.; LIN, Z.; ABBAS, K.; LING, B.; LIU, H. Reconstruction of intraoral maxillary defect with buccal fat pad. **J Craniofac Surg**, v. 25, n. 6, p. 2174-7, 2014.

CHIDZONGA, M. M.; PEREZ, V. M. L.; ALVAREZ, A. L. P. Pleomorphic adenoma of the salivary glands. Clinicopathologic study of 206 cases in Zimbabwe. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 79, p. 747-749, 1995.

CZERNY, V. Drei plastische operationen. III. Plastischer Ersatz der Brustdruse durch ein Lipom. **Arch F Klin Chir**, v. 50, p. 544-550, 1895.

DAIF, E. T. Long-Term Effectiveness of the Pedicled Buccal Fat Pad in the Closure of a Large Oroantral Fistula. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 74, n. 9, p. 1718-22, 2016.

DALMOLIN, S. **Bichectomia**. A nova moda dos famosos. [S. l.], 3 mar. 2016. Disponível em: <http://www.sabrinadalmolin.com/2016/03/bichectomia>. Acesso em: 23 set. 2019.

DENES, S. A.; TIEGHI, R.; ELIA, G. The Buccal Fat Pad for Closure of Oroantral Communication. **J Craniofac Surg**, v. 27, n. 3, p. e327-30, 2016.

DUBIN, B.; JACKSON, I. T.; HALIM, A.; TRIPLETT, W. W.; FERREIRA, M. Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. **Plast Reconstr Surg**, v. 83, n. 2, p. 257-64, 1989.

FARIAS, J. G.; CÂNCIO, A. V.; BARROS, F. L. Fechamento de fístula bucossinusal utilizando o corpo adiposo bucal - Técnica convencional x técnica do túnel - Relato de casos clínicos. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac**, v.15, n.3, p. 25-30, 2015.

FERRISE T. M.; MASSUCATO E. M. S.; AANDRADE C. R.; BUFALINO A. Rev. odontol. UNESP, vol.42, nEspecial, p.0, 2013

GUVEN, O. A clinical study on oroantral stulae. **J Craniomaxillofac Surg**, v. 26, p. 267-271, 1998.

HAKIM I. E.; FAKHARANY A. M. The use of the pedicled buccal fat pad (BFP) and palatal rotating flaps in closure of oroantral communication and palatal defects. *The Journal of Laryngology & Otology*, 113(09), 1999. doi:10.1017/s0022215100145335

HAMADA, G. S.; BOS, A. J.; KASUGA, H.; HIRAYAMA, T. Comparative epidemiology of oral cancer in Brazil and in India. **Tokai J Exp Clin Med**, v. 16, n. 1, p. 63-72, 1991.

HANAZAWA, Y.; ITOH, K.; MABASHI, T.; SATO, K. Closure of oroantral communications using a pedicle buccal fat pad graft. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 53, p. 771-5, 1995.

HASIBUL, K.; NAKAI, F.; NAKAI, Y.; JINZENJI, A.; IWASAKI, A.; OGAWA, T., et al. Intra oral reconstruction with buccal fat pad: Recent applications of autologous tissue transplantation as a local flap. **J Pras Open**, v. 10, p. 33-39, 2016.

HINTSCHICH, C. Dermofat grafting. **Ophthalmologe**, v. 114, n. 8, p. 755–758, 2017.

HONG, Z.; CHEN, Y. Cosmetic surgery of cheek and anatomy buccal fat pad. **Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi**, v. 16, n. 3, 180-2, 2000.

HUANG J.J.; WALLACE C.; LIN J.Y., et al. Two small flaps from one anterolateral thigh donor site for bilateral buccal mucosa reconstruction after release of submucous fibrosis and/or contracture. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* 63:440–445, 2017

HWANG, K.; CHO, H. J.; BATTUVSHIN, D.; CHUNG, I. H.; HWANG, S. H. Interrelated buccal fat pad with facial buccal branches and parotid duct. **J Craniofac Surg**, v. 16, n. 4, p. 658– 660, 2005.

JACKSON, I. T. Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. **Plast Reconstr Surg**, v. 103, n. 7, p. 2059-60, 1999.

JIANG X.; HU J. Drug treatment of oral submucous fibrosis: a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 67:1510–1515, 2009

KAMAL, S. A.; OTHMAN, E. O. Diagnosis and treatment of parotid tumours. **J Laringol Otol**, v. 111, p. 316-21, 1997.

KERR, A. R.; WARNAKULASURIYA, S.; MIGHELL, A. J.; DIETRICH, T.; NASSER, M.; RIMAL, J.; JALIL, A. S. A systematic review of medical interventions for oral submucous fibrosis and future research opportunities. **Oral Diseases**, v. 17, Suppl 1, p. 42-57, 2011.

KHANNA J.N.; ANDRADE N.N. Oral submucous fibrosis: a new concept in surgical management. *Int J Oral Maxillofac Surg* 24: 433–439, 1995

KIM, J. T.; NAIDU, S.; KIM, Y. H. The buccal fat: a convenient and effective autologous option to prevent frey syndrome and for facial contouring following parotidectomy. **Plast Reconstr Surg**, v. 125, n. 6, p. 1706–1709, 2010.

KIM, J. T.; SASIDARAN, R. Buccal Fat Pad: An Effective Option for Facial Reconstruction and Aesthetic Augmentation. **Aesth Plast Surg**, v. 6, p. 1362-1374, 2017.

KIM, M. K.; HAN, W.; Kim, S.G. The use of the buccal fat pad flap for oral Reconstruction. **Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 39, n. 1, 2017.

KINDLEIN, K. A. **Bichectomia avaliação da funcionalidade da técnica operatória: revisão de literatura e relato de caso**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada em Saúde Bucal) - Faculdade de Odontologia da Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

KO E.C.; SHEN Y.H.; YANG C.F.; HUANG I.Y.; SHIEH T.Y.; CHEN C.M. Artificial dermis as the substitute for split-thickness skin graft in the treatment of Oral submucous fibrosis. *J Craniofac Surg* 20:443–445, 2009

KOTHARI M.C.; HALLUR N.; SIKKERIMATH B.; GUDI S.; KOTHARI C.R. Coronoidectomy, masticatory myotomy and buccal fat pad graft in management of advanced oral submucous fibrosis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 41:1416–1421, 2012

LAI D.R.; CHEN H.R.; LIN L.M.; HUANG Y.L.; TSAI C.C. Clinical evaluation of different treatment methods for oral submucous fibrosis. A 10- year experience with 150 cases. *J Oral Pathol Med*. 1995 Oct;24(9):402-6.

LAMBATE P.; DAWANE P.; THORAT A. Efficacy of buccal fat pad in the surgical management of oral submucous fibrosis: a prospective study. *Oral Maxillofac Surg* 20:167–170, 2016

LASKARIS, G. **Atlas Colorido de Doenças da Boca**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEE J.T.; CHENG L.F.; CHEN P.R., et al. Bipaddled radial forearm flap for the reconstruction of bilateral buccal defects in oral submucous fibrosis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 36:615–619, 2017

LEVI, B.; KASTEN, S. J.; BUCHMAN, S. R. Utilization of the buccal fat pad flap for congenital cleft palate repair. **Plast Reconstr Surg**, v. 123, n. 3, p. 1018-21, 2009.

LIMA, A. M.; SOUZA, R. D. **Bichectomia: relato de série de casos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Odontologia) - Universidade Tiradentes, Aracajú, 2016.

LOPES, F. F.; CUTRIN, M. C. F. N.; CASAL, C. P.; FAGUNDES, D. M.; MONTORO, L. A. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do cancer bucal. **Rev Bras Odontol**, v. 59, n. 2, p. 98-9, 2002.

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

MAGRO FILHO, O.; GARBIN JÚNIOR, E. A.; RIBEIRO JÚNIOR, P. D. D.; FELIPETTI, F. A. Fechamento de Fístula Buco-Sinusal Usando Tecido Adiposo Bucal. **Rev Odontol Bras Central**, v. 19, n. 50, 2010.

MARCOS, R. B. **Corpo adiposo bucal: anatomia aplicada a técnica cirúrgica, aplicações clínicas e complicações**. Dissertação (Mestrado em Implantodontia) - Faculdade ILAPEO, Curitiba, 2017.

MARTIN-GRANIZO, R.; NAVAL, L.; COSTAS, A.; GOIZUETA, C.; RODRIGUEZ, F.; MONJE, F. et al. Use of buccal fat pad to repair intraoral defects: review of 30 cases. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v. 35, p. 81-4, 1997.

MARZOLA, C. **Acidentes e complicações da eodontia – profilaxia e tratamento**. In: __. Técnica exodôntica. 2ª ed. São Paulo: Pancast; 1994. p. 284-9.

MATARASSO, A. Buccal fat pad excision: aesthetic improvement of the midface. **Annals Plast Surg**, v. 26, p. 413–418, 1991.

MATARASSO, A. Managing the buccal fat pad. **Aesthet Surg J**. v. 26, n. 3, p. 330-6, 2006.

MAZZOLA, R. F.; MAZZOLA, I. C. History of fat grafting: from ram fat to stem cells. **Clin Plast Surg**, v. 42, n. 2, p. 147–153, 2015.

MEHROTRA, D.; PRADHAN, R.; GUPTA, S. Retrospective comparison of surgical treatment modalities in 100 patients with oral submucous fibrosis. **Oral Surg, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology**, v. 107, pe1–e10, 2009.

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**, v. 11, n. 2, p. 128–131, 2012.

MOKAL N.J.; RAJE R.S.; RANADE S.V.; PRASAD J.S.R.; THATTE R.L. Release of oral submucous fibrosis and reconstruction using superficial temporal fascia flap and split skin graft; a new technique. **Br J Plast Surg** 58:1055–1060, 2017

NEUBER, G. Über die Wiederanheilung vollständig vom Körper getrennter, die ganze Fettschicht enthaltender Hautstücke. **Zbl F Chi**, v. 30, p.16–17, 1893.

NEVILLE, B. W.; ALLEN, C. M.; DAMM, D. D. **Patologia oral e maxilofacial**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

NEZAFATI, S.; VAFAJI, A.; GHOJAZADEH, M. Comparison of pedicled buccal fat pad flap with buccal flap for closure of oro-antral communication. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 41, n. 5, p. 624-8, 2012.

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

OLIVEIRA, L. J.; CASTRO, H. H. O.; LEÃO, P. L. R.; LEAL, R. M.; HORTA, M. C. R.; SOUZA, P. E. A. Tratamento de adenoma pleomórfico em palato: relato de 2 casos e revisão de literatura. **Rev Port Estomatologia Med Dent Cirug Maxilofacial**. v. 57, n. 1, p. 55-81, 2016.

ORTIZ-MONASTERIO, F.; OLMEDO A. **Excision of the buccal fat pad to refine the obese midface**. In: Kaye, B. L.; Gardinger, G. P. Symposium on Problems and Complications in Aesthetic Plastic Surgery of the Face. St Louis: Mosby; 1984. p. 91–98.

PATIL S.B.; DURAIRAJ D.; SURESH KUMAR G.; KARTHIKEYAN D.; PRADEEP D. Comparison of extended nasolabial flap versus buccal fat pad graft in the surgical management of oral submucous fibrosis: a prospective pilot study. **J Maxillofac Oral Surg** 16:312–32, 2017

PARLATESCU I.; GHEORGHE C.; COCULESCU E.; TOVARU S. Oral Leukoplakia – An Update. **Maedica (Buchar)**. 2014; 9(1): 88-93.

PEÑARROCHA-OLTRA, D.; ALONSO-GONZALEZ, R.; PELLICER-CHOVER, H.; ALOY-PRÓSPER, A.; PEÑARROCHA-DIAGO, M. Closure of oroantral communication with buccal fat pad after removing bilateral failed zygomatic implants: A case report and 6-month follow-up. **J Clin Exp Dent**, v. 7, n. 1, p. e159-62, 2015.

POISSONNET, C.M.; BURDI, A.R.; BOOKSTEIN, F.L. Growth and development of human adipose tissue during early gestation. **Early Hum Dev**, v. 8, n. 1, p. 1-11, 1983.

PRADHAN H.; GUPTA H.; SINHA V.P.; GUPTA S.; SHASHIKANTH M.C. Two wound-covering materials in the surgical treatment of oral submucous fibrosis: a clinical comparison. **J Oral Biol Craniofacial Res** 2:10–14, 2012

PRASHANTH, R.; NANDINI, G. D.; BALAKRISHNA, R. Evaluation of versatility and effectiveness of pedicled buccal fat pad used in the reconstruction of intra oral defects. **J Maxillofac Oral Surg**. v. 12, n. 2, p. 152-9, 2013.

QIU, C. S.; FRACOL, M. E.; BAE, H.; GOSAIN, A. K. Prophylactic Use of Buccal Fat Flaps to Improve Oral Mucosal Healing following Furlow Palatoplasty. **Plast Reconstr Surg**. v. 143, n. 4, p. 1179-1183, 2019.

RAI A.; DATARKAR A.; RAI M. Is buccal fat pad a better option than nasolabial flap for reconstruction of intraoral defects after surgical release of fibrous bands in patients with oral submucous fibrosis? A pilot study: a protocol for the management of oral submucous fibrosis. **J Cranio-Maxillofacial Surg** 42:e111–e116, 2014

RÁCZ, L.; MAROS, T.N.; Seres-Sturm, L. Structural characteristics and functional significance of the buccal fat pad (corpus adiposum buccae). **Morphol Embryol**, v. 35, p. 73–77, 1989.

RAPIDIS, A. D.; ALEXANDRIDIS, C. A.; ELEFThERIADIS, E.; ANGELOPOULOS, A. P. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of 15 cases. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 58, p. 158-163, 2000.

REZENDE, R. A.; HEITZ, C. **Comunicação buco-sinusal e buconasal**. In: **Zanini SA. Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial**. Rio de Janeiro: Revinter, 1990. p. 431-48.

ROBERTSON, A. G.; ROBERTSON, C.; SOUTAR, D. S.; BURNS, H.; HOLE, D.; MCCARRON, P. Treatment of oral cancer: the need for defined protocols and specialist centres. Variations in the treatment of oral cancer. **Clin Oncol**, v. 13, p. 409-15, 2001.

ROHRICH, R. J.; GHAVAMI, A.; LEMMON, J. A.; BROWN, S. A. The individualized component face lift: developing a systematic approach to facial rejuvenation. **Plast Reconstr Surg**, v. 123, p. 1050–1063, 2009.

ROTARU, H.; KIM, M. K.; KIM, S. G.; PARK, Y. W. Pedicled buccal fat pad flap as a reliable surgical strategy for the treatment of medication-related osteonecrosis of the jaw. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 73, p. 437-442, 2015.

SANGALETTE, B. S.; TOLEDO, G. L.; TOLEDO, F. L.; VIEIRA, L. V.; GRAZIELA, M. Bichectomia: uma visão crítica. In: 17º CONGRESSO NACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2017, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: SP, 2017. p. 146-148. Disponível: www.unimar.br/pic/publicacoes/XII_VIII-2.pdf. Acesso em: 10 set. 2019.

SCHOW, S. R. **Doenças odontogênicas do seio maxilar**. In: **Peterson LJ et al. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 2ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 465-77.

SCULLY C. Oral cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2011;16(3):306-11.

SEIFERT, G.; SOBIN, L. **Histological typing of salivary gland tumors**. 2ª ed. Berlin: Springer-Verlag, 1991.

SHAHA, A. R.; WEBBER, C.; DIMAIO, T.; JAFFE, B. M. Needle aspiration biopsy in salivary gland lesions. **Am J Surg**, v. 160, p. 373-6, 1990.

SHARMA R.; THAPLIYAL G.K.; SINHA R.; MENON P.S. Use of buccal fat pad for treatment of oral submucous fibrosis. **J Oral Maxillofac Surg** 70:228–232, 2012

SHOJA M.M.; TUBBS R.S.; LOUKAS M.; SHOKOUHI G.; AARDALAN M.R.. **Marie-François Xavier Bichat(1771-1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine**. **Ann Anat**.2008;190(5):413-20.

SHRIVASTAVA, G.; PADHIARY, S.; PATHAK, H.; PANDA, S.; LENKA, S. Buccal fat pad to repair intraoral defects. **Int J Sci Res Publ**, v. 3, n. 2, p. 1-4, 2013.

SILVA, M.; SANTANA, V. S.; LOOMIS, D. Mortalidade por câncer em militares da Marinha do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 373-9, 2000.

SPIRO, R. H. Verrucous carcinoma, then and now. **Am J Surg**, v. 176, p. 393-6, 1986.

STARZYNSKA A.; PAWLOWSKA A.; RENKIELSKA D.; MICHAJLOWSKI I.; SOBJANEK M.; BLAZEWICZ I., ET AL. ESTIMATION OF ORAL LEUKOPLAKIA TREATMENT RECORDS IN THE RESEARCH OF THE DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL AND ORAL SURGERY, MEDICAL UNIVERSITY OF GDANSK. **POSTĘPY DERMATOL ALERGOL**. 2015; 32(2):114-22

STUZIN, J. M.; BAKER, T. J.; BAKER, T. M. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations (discussion). **Plast Reconstr Surg**, v. 109, p. 2509–2518, 2002.

STEVÃO, E. L. L. Bichectomy or Bichatectomy – A small and Simple Intraoral Surgical Procedure with Great Facial Results. **Adv Dent & Oral Health**. v. 1, n. 1, 2015.

STUZIN, J. M.; WAGSTROM, L.; KAWAMOTO, H. K.; BAKER, T. J.; WOLFE, S. A. The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. **Plast Reconstr Surg**, v. 85, n. 1, p. 29–37, 1990.

SUMANTHI K. N.; KIRAN KUMAR KRISHANAPPA S.; PRASHANTI E.; NARESH S.; MOE S.; AGGARWAL H.; MATHEW R. J. Interventions for treating oro-antral communications and fistulae due to dental procedures. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:10.1002/14651858.cd011784.pub2, 2016

TART R.P.; KOTZUR I.M.; MANCUSO A.A.; GLANTZ M.S.; MUKHERJI S.K. CT and MR imaging of the buccal space and buccal space masses. **Radiographics**. 1995 May;15(3):531-50.

TIAGO R.S.L; CASTRO G.A.; RICARDO L.A.C.; BUHLER R.B.; FAVA A.S. Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.69 no.4 São Paulo July/Aug.2003<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992003000400008>

TIDEMAN, H.; BOSANQUET, A.; SCOTT, J. Use of the buccal fat pad as a pedicle graft. **J Oral Maxillofac Surg**. v. 44, p. 435-40, 1986.

TILAKARATNE, W. M.; EKANAYAKA, R. P.; WARNAKULASURIYA, S. Oral submucous fibrosis: a historical perspective and a review on etiology and pathogenesis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v. 122, p. 178–191, 2016.

TOMASSI M.H. Diagnóstico em Patologia Bucal, 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2013: P. 305-10 e 325-49

VAN ZYL A.W.; BUNN B.K. Clinical features of oral cancer. **SADJ**. 2012; 67(10):566-9

VIEIRA, G. M.; JORGE, F. D.; FRANCO, E. J.; DIAS, L. D. C.; GUIMARÃES, M. D. C. M.; OLIVEIRA, L. A. Lesions of the Parotid Gland and Buccal Artery After Buccal Fat Pad Reduction. **J Craniofac Surg**, v. 30, n. 3, p. 790-792, 2019.

YEH C.J. Application of the buccal fat pad to the surgical treatment of oral submucous fibrosis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 25:130–133, 1996

YOUSUF, S.; TUBBS, R.S.; WARTMANN, C.T.; KAPOS, T.; COHEN-GADOL, A.A.; LOUKAS, M. A review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. **Surg Radiol Anat**, v. 32, n. 5, p. 427-36, 2010.

WITT, R. L. The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma. **Laryngoscope**, v. 112, p. 2141-54, 2002.