



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MORFOFUNCIONAIS

EDUARDO AZOUBEL

ANÁLISE DIMENSIONAL E DE CORRELAÇÃO ANTROPOMÉTRICA
DO CORPO ADIPOSE DA BOCHECHA E DE PERFIL DE
SATISFAÇÃO DO PACIENTE APÓS BICHECTOMIA

FORTALEZA

2019

EDUARDO AZOUBEL

**ANÁLISE DIMENSIONAL E DE CORRELAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DO
CORPO ADIPOSEO DA BOCHECHA E DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE
APÓS BICHECTOMIA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Morfofuncionais, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Ciências Morfofuncionais. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Ferreira de Carvalho Leitão.

FORTALEZA

2019

EDUARDO AZOUBEL

**ANÁLISE DIMENSIONAL E DE CORRELAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DO
CORPO ADIPOSEO DA BOCHECHA E DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE
APÓS BICHECTOMIA**

Aprovada em: ____/____/____

Banca examinadora

**PROFA. DRA. RENATA FERREIRA DE CARVALHO LEITÃO
(ORIENTADORA)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

PROFA. DRA. FÁTIMA REGINA NUNES DE SOUZA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI (UFPI) CAMPUS CSHNB

PROF. DR. ALEXANDRE SIMÕES NOGUEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

PROF. DR. RENATO LUIZ MAIA NOGUEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

PROF. DR. ABRAÃO CAVALCANTE GOMES DE SOUZA CARVALHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

Dedico às entidades de luz que souberam guiar os rumos deste trabalho, aos meus sábios pais que me educaram de forma exemplar, aos meus irmãos e à minha família, por quem tenho um amor incondicional e que estiveram sempre presentes nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

À minha esposa e colega **Maria Cecília F Azoubel**, que sempre é minha fonte de inspiração, alegria, admiração e que me abençoou com meus filhos.

À meus filhos **Maria Eduarda e Matheus**, obrigado por tornar meu mundo melhor e espero que “papo” deixe uma lição de vida para vocês trilharem no futuro.

À minha orientadora Profa. **Dra Renata Ferreira de Carvalho Leitão** por ter me acolhido durante este período de minha formação acadêmica, pela condução desta tese e por acreditar sempre em mim, me incentivando nos momentos difíceis.

Aos Professores da UFC em especial a Profa. **Dra. Gerly Anne de Castro Brito**, por ter me apresentado o programa no seu início e ter confiado na minha capacidade.

Aos colegas de turma do doutorado **Theídes, Patrícia, Antonione, Hildênia e Fátima Regina** pela convivência Harmoniosa.

Aos colegas **Raphael Lobo, Caroline Oliveira e Rafael Daltro** pelo brilhante desempenho e ajuda no processo de coleta de dados dos pacientes.

À minha filha adotiva de coração **Dra. Neiana Carolina** por dar energia e luz nos momentos decisivos desta tese.

Aos colegas **Pedro Berenguer, Antonio Lucindo, Ryuichi Hoshi e Samário Cintra** pela ajuda na condução da parte clínica desta tese.

Ao **Instituto PRIME** pelo acolhimento e ajuda na seleção dos pacientes da pesquisa

À secretária do PCMF, **Laísa**, sempre prestativa e solícita em todos os momentos do Doutorado

À **Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)**, por me acolher durante estes 19 anos e ter me proporcionado a chance de desenvolver um trabalho científico fora do nosso estado.

Aos colegas da UEFS, **Robson, Jener e Antonio Varela** pela parceria e apoio nas muitas viagens para Fortaleza.

À todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão deste trabalho deixo aqui os meus agradecimentos.

" Sei que meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele, o oceano seria menor "

Madre Teresa De Calcutá

RESUMO

A cirurgia do corpo adiposo da bochecha é um procedimento cirúrgico empregado com o objetivo primário de resolver problemas funcionais, porém sua remoção parcial pode estar associada a procedimentos estéticos para obtenção da harmonia das medidas faciais e atendimento aos padrões estéticos. Entretanto, a literatura é escassa no que tange a estudos científicos que fundamentem o conhecimento acurado sobre o corpo adiposo da bochecha bem como acerca do resultado estético a longo prazo proveniente da sua remoção. O objetivo deste ensaio clínico experimental foi analisar as medidas bilaterais do volume e peso dessa mencionada estrutura, as quais foram removidas durante o procedimento de bichectomia, buscando correlacioná-las com as variáveis antropométricas dos pacientes e investigar se a sua remoção promoveu alteração de medidas faciais dos voluntários após seis meses. Também foram analisados aspectos relacionados ao perfil de satisfação dos pacientes no pré e pós operatório e, ainda, as complicações associadas ao referido procedimento. Para tanto, foram arrolados 57 pacientes entre 19 e 47 anos para análise das dimensões do corpo adiposo da bochecha e correlação antropométrica. Na avaliação das medidas faciais no pré e pós operatório, 20 voluntários foram incluídos. Os resultados evidenciaram que não houve correlação estatisticamente significativa entre as dimensões do reparo anatômico avaliado e as medidas antropométricas dos indivíduos arrolados na análise. De forma similar, comprovou-se que não houve diferença estatisticamente significativa das medidas faciais após a realização da bichectomia (teste de Student pareado, $p < 0,05$). Em relação ao questionário de satisfação, a análise descritiva demonstrou que a auto percepção quanto à necessidade estética foi o fator preponderante na indicação da cirurgia e que a maioria dos pacientes ficaram satisfeitos com os resultados, que se mostraram próximos ao esperado, segundo a sua auto avaliação.

Palavras chave: Índice de massa corporal, bochecha, estética, tecido adiposo, coxim adiposo bucal

ABSTRACT

The buccal fat pad surgery is a surgical procedure employed with the primary objective of solving functional problems, but its partial removal may be associated with aesthetic procedures to obtain the harmony of facial measures and compliance with aesthetic standards. However, the literature is scarce regarding scientific studies that substantiate the accurate knowledge about the adipose body of the cheek as well as about the aesthetic result in the long term from its removal. The objective of this experimental clinical trial was to analyze the bilateral measures of volume and weight of this mentioned structure, which were removed during the buccal fat pad resection procedure, seeking to correlate them with the anthropometric variables of the patients and to investigate if their removal promoted alteration of facial measures of volunteers after six months. We also analyzed aspects related to the patient satisfaction profile in the pre and postoperative period, as well as the complications associated with this procedure. For this purpose, 57 patients aged 19-47 years were enrolled to analyze the dimensions of the cheek fat body and anthropometric correlation. In the evaluation of pre and post operative facial measures, 20 volunteers were included. The results showed that there was no statistically significant correlation between the dimensions of the anatomical repair evaluated and the anthropometric measurements of the individuals enrolled in the analysis. Similarly, it was verified that there was no statistically significant difference of the facial measurements after the buccal fat pad resection (paired Student test, $p < 0.05$). Regarding the satisfaction questionnaire, the descriptive analysis showed that self-perception regarding aesthetic necessity was the predominant factor in the indication of the surgery and that the majority of patients were satisfied with the results, which were close to the expected according to their self evaluation.

Keywords: Body mass index, cheek, aesthetics, adipose tissue, buccal fat pad

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Anatomia topográfica do Corpo Adiposo da Bochecha	18
Figura 2.	Localização anatômica do corpo adiposo da Bochecha e sua relação com a glândula parótida e seu ducto	18
Figura 3.	Fotografia do local da incisão para realizar a bichectomia pelo método de Matarasso	28
Figura 4.	Fotografia do tracionamento inicial do corpo adiposo da bochecha	28
Figura 5.	Fotografia do tracionamento final do corpo adiposo da bochecha	29
Figura 6.	Fotografia dos pontos mensurados na face dos pacientes onde cada cor representa uma medida	32
Figura 7.	Fotografias do peso das gorduras após bichectomia	34
Figura 8.	Fotografias do volume da gordura do lado D e E após bichectomia	34
Figura 9.	Esquema representativo do delineamento do estudo	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados demográficos da população submetidas a cirurgia de Bichectomia (n=57)	37
Tabela 2. Características antropométricas (altura (m), peso (kg) e índice de massa corpórea – IMC) dos sujeitos submetidos à cirurgia de bichectomia e valores dimensionais (peso (g) e volume (mL)) do corpo adiposo da bochecha removido durante a cirurgia (n=57).....	39
Tabela 3. Matriz de Correlação (r) entre valores referentes ao corpo adiposo da bochecha, as medidas antropométricas e a idade dos indivíduos.....	40
Tabela 4. Dados do peso e das medidas faciais (média±dp) (em cm) no baseline e pós-operatório da cirurgia de bichectomia (n=20).....	41
Tabela 5. Variáveis determinantes para indicação e fatores sociais associados a condição pré-operatória na população submetida à cirurgia de bichectomia (n=35)	42
Tabela 6. Grau de satisfação pessoal, familiar e variáveis de percepção após a cirurgia de Bichectomia (n=35).....	43
Tabela 7. Análise de Regressão múltipla, considerando satisfação pessoal com a bichectomia como variável dependente.	44
Tabela 8. Média e desvio padrão e frequência das complicações relatadas pelos pacientes após a cirurgia de bichectomia (n=35).....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

mm	milímetros
ml	mililitros
g	gramas
Kg	quilos
Cm	centímetros
Comp	comprimento
Mg	miligramas
MmHg	milímetros de mercúrio
ASA	Sociedade Americana de Anestesiologia
IMC	Índice de Massa corporal
PA	Pressão arterial
FC	Frequência cardíaca
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
et al.	...e colaboradores
g	gramas
UFC	Universidade Federal do Ceará
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
T_AM	trágus ao ângulo da mandíbula
T_AMD	trágus ao ângulo da mandíbula direito

T_AME	trágus ao ângulo da mandíbula esquerdo
T_LM	trágus a linha média
T_LMD	trágus a linha média direita
T_LME	trágus a linha média esquerda
T_CL	trágus a comissura labial
T_CLD	trágus a comissura labial direita
T_CLE	trágus a comissura labial esquerda
T_AN	trágus a asa do nariz
T_AND	trágus a asa do nariz direita
T_ANE	trágus a asa do nariz esquerda

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
®	Marca Registrada
α	Alfa
>	maior

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 HISTÓRICO.....	16
1.2 ASPECTOS ANATÔMICOS.....	16
1.3 FISILOGIA.....	19
1.4 INDICAÇÕES CIRÚRGICAS PARA UTILIZAÇÃO OU REMOÇÃO DO CORPO ADIPOSEO DA BOCHECHA	20
1.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TÉCNICA CIRÚRGICA DA REMOÇÃO DO CORPO ADIPOSEO DA BOCHECHA (BICHECTOMIA)	23
1.6 PERGUNTA DE PARTIDA	24
1.7 JUSTIFICATIVA	24
1.8 OBJETIVOS.....	25
1.9 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	25
2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	25
2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	26
2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
2.5 COLETA E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	27
2.5.1 TEMPOS DE AVALIAÇÃO	27
2.5.2 PROTOCOLO CIRÚRGICO	27
2.6 PROTOCOLO FARMACOLÓGICO	29
2.7. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO	30
2.7.1. AVALIAÇÃO E EXAME PRÉ-OPERATÓRIO.....	30
2.7.2. AVALIAÇÃO E EXAME PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO	33
2.7.3 AVALIAÇÃO E EXAME PÓS-OPERATÓRIO APÓS 6 MESES.....	35

2.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
3 RESULTADOS	37
4 DISCUSSÃO	45
5 CONCLUSÕES	53
6 BIBLIOGRAFIA	54
7 ANEXOS	64

1. INTRODUÇÃO

1.1 HISTÓRICO

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

Em 1802 sua morfologia foi descrita pelo francês Marie François Xavier Bichat, que Após dissecar cerca de 600 cadáveres a descreveu como uma massa de gordura circunscrita localizada no terço médio da face, próximo as bochechas, aparentemente sem importância funcional, atribuindo-lhe a nomenclatura bola gordurosa de Bichat, termo ainda comumente utilizado (LOUKAS *et al.*, 2006).

Em 1977 o pesquisador Egyedi escreve o primeiro artigo com a utilização do corpo adiposo da bochecha para o fechamento de fístulas buco sinusais (EGYEDI, 1977)

Foi apenas no século XX que a bola de Bichat foi descrita como parte anatômica do corpo humano por Scammon em 1919 (BERNARDINO JUNIOR et al., 2008; SILVA e SILVA FILHO 2017), quando começou a despertar um maior interesse nos pesquisadores e os seus estudos foram direcionados principalmente na utilização em fechamento de defeitos intrabucais provocados pela remoção de tumores e traumatismos faciais (BERNARDINO JUNIOR et al., 2008; SINGH, 2010; SILVA e SILVA FILHO 2017). No século XXI sua remoção vem ganhando destaque nas cirurgias cosméticas com o avanço da especialidade da harmonização facial (MARQUARDT 2002; D’ALESSANDRO 2011; STEVÃO, 2015)

1.2 ASPECTOS ANATÔMICOS

Ao descrever o espaço mastigatório como um compartimento facial que abriga os músculos temporal, masséter, pterigoideo lateral e medial, a articulação temporomandibular, o ramo da mandíbula e estruturas neurovasculares, GAUGHRAN

(1957), também incluiu o corpo adiposo da bochecha como componente desse espaço, relatando ser uma estrutura composta por um corpo principal, de onde partem quatro extensões: bucal, pterigopalatina, temporal e pterigoide.

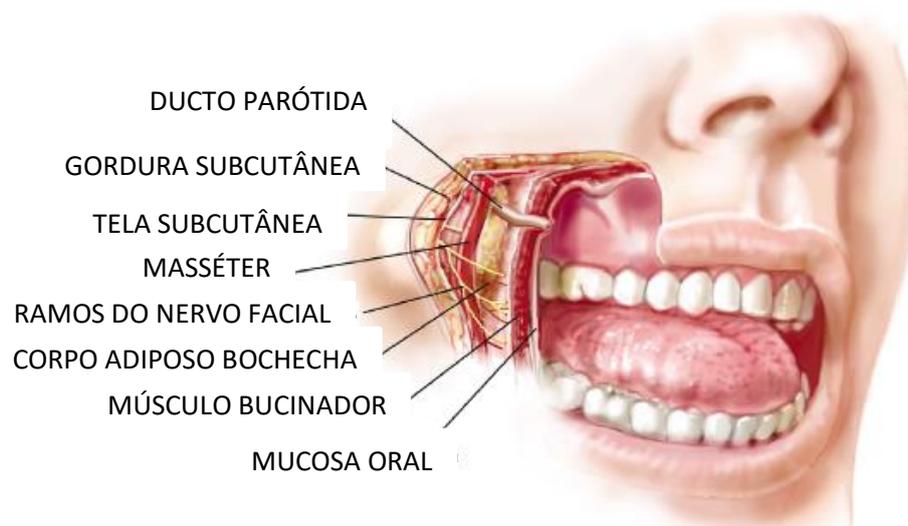
TIDEMAN *et al.* (1986), relataram que a extensão bucal da “almofada adiposa” (corpo adiposo da bochecha) repousa sobre a fáscia bucofaríngea, revestindo a superfície externa do músculo bucinador. O corpo principal encontra-se em profundidade ao longo de toda parte posterior da maxila e das fibras posteriores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

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

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

Quanto à relação do corpo adiposo da bochecha com as áreas circunvizinhas, todo o volume gorduroso está intimamente associado a estruturas importantes, como o ducto da parótida também conhecido como ducto de Stensen e os ramos zigomático e bucal do nervo facial (STUZIN *et al.*, 1990; POGREL *et al.*, 1996; HWANG *et al.*, 2005; TAPIA e RUIZ-DE-ERENCHUN 2006).

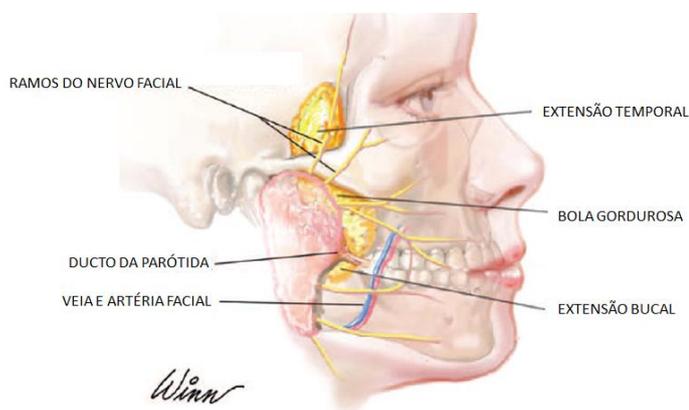
FIGURA 1. Anatomia topográfica do corpo adiposo da Bochecha



Fonte: MATARASSO, A. Managing the buccal fat pad. *Aesthetic Surg J.* v.26, p.330-336, 2006.

Em relação às dimensões anatômicas do corpo adiposo da bochecha, EGYEDI (1977), ao fazer um relato de 4 casos utilizando tal estrutura para corrigir defeitos nos alvéolos em região posterior de palato, constataram que o volume da estrutura foi de aproximadamente 10 mililitros (mL) e a espessura média de 6 milímetros (mm).

FIGURA 2. Localização anatômica do corpo adiposo da Bochecha e sua relação com a glândula parótida e seu ducto



Fonte: COHEN SR. FIREMAN E, HEWETT S, SAAD A. Buccal fat pad augmentation for facial rejuvenation. *Plast. Reconstr. Surg.*, 139:1273e - 1276e, 2017

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

Por meio de tomografia computadorizada e ressonância magnética LOUKAS *et al.* (2006) analisaram 80 cadáveres humanos, e constataram que o volume médio do corpo adiposo da bochecha de homens e mulheres foram, respectivamente, de 10,2 e 8,9 mL, enquanto a sua espessura média foi de 6 mm com um peso médio de 9,7 g. Foram examinados 80 cadáveres humanos adultos (160 hemifaces), sendo 35 mulheres e 45 homens com faixa etária 55-86 anos e idade média de 59 anos. Divididos em três grupos de acordo com sua idade: Grupo A, <60 (n = 38); Grupo B, 60–70 (n = 32); Grupo C, >70 (n = 10). A divisão dos cadáveres em três grupos foi baseado na estreita distribuição etária intra-grupo e não devido a outros critérios. Havendo nitidamente um decréscimo do volume do corpo adiposo da bochecha com o avanço da idade e teve maior redução nos pacientes do sexo feminino.

1.3 FISIOLOGIA

Dentre as funções atribuídas ao corpo adiposo da bochecha, estão incluídas: prevenção de pressão negativa em recém-nascidos durante a sucção, separação dos músculos mastigadores entre si e das estruturas ósseas adjacentes, realce do movimento intermuscular e proteção dos feixes neurovasculares (DEAN *et al.*, 2001; STUZIN *et al.*, 1990; RATTAN 2006; SINGH *et al.*, 2010; SINGH *et al.*, 2012).

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

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

Diversos autores sustentam que a função do corpo adiposo da bochecha é auxiliar no movimento muscular e contribuir para a morfologia externa da face (BICHAT 1802; KENNEDY 1988). STUZIN *et al.* (1990) afirmaram que o corpo gorduroso apresenta a função de alinhamento do espaço mastigatório, separando os músculos entre si, entre o arco zigomático e o ramo da mandíbula.

TOSTEVIN *et al.* (1995), em revisão da literatura, afirmaram que o corpo adiposo da bochecha empurra o músculo bucinador para dentro e forma uma elevação proeminente na superfície externa do rosto. Com isso, a capacidade de sucção do músculo bucinador é aumentada, o que pode impedir o colapso das bochechas durante a sucção.

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

1.4 INDICAÇÕES CIRÚRGICAS PARA UTILIZAÇÃO OU REMOÇÃO DO CORPO ADIPOSE DA BOCHECHA

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

Há algumas décadas a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) vem empregando o corpo adiposo da bochecha para reparar de defeitos na cavidade bucal proveniente de lesões de natureza patológica ou traumática (NEDER 1983; ALKAN *et al.*, 2003; ALLAIS *et al.*, 2008; ARCE 2007; CAMARINI *et al.*, 2007; HARARE e ZARE 2007; CHAKRABARTI *et al.*, 2009; YESHASWINI *et al.*, 2009; FILHO *et al.*, 2010; VISSCHER *et al.*, 2010; NABIL e RAMLI 2012; CHEREKAEV *et al.*, 2012; GABA *et al.*, 2012.; TOSHIHIRO *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2014; DUARTE *et al.*, 2015; KHOJASTEH e SADEGHI 2016; KIM *et al.*, 2017)

TIDEMAN *et al.* (1986), reconstruíram defeitos orais de doze pacientes com idades entre 32 e 90 anos utilizando o corpo adiposo da bochecha e constataram que

defeitos de até 5 x 3 cm podem ser recobertos sem prejuízo do suprimento sanguíneo. Entretanto, o volume enxertado variou consideravelmente entre os pacientes, uma vez que os corpos adiposos removidos dos pacientes apresentam dimensões diferentes entre os indivíduos; além disso, constatou-se nesse estudo que o corpo gorduroso não apresentou correlação com a quantidade de gordura em outras partes do corpo.

Associando o corpo adiposo da bochecha com porcina liofilizada da derme, FUJIMURA *et al.* (1990), utilizaram esta combinação no tratamento de seis pacientes com defeitos palatinos, comunicações oronasais e/ou oroantrais, provenientes da exérese de ameloblastoma ou carcinoma escamocelular e obtiveram sucesso no fechamento e correção dos defeitos com essa técnica.

MARTIN-GRANIZO *et al.* (1997), realizaram o relato de trinta casos, nos quais foi utilizado o corpo adiposo da bochecha para reparo de defeitos intraorais. Os maiores defeitos enxertados apresentaram dimensões de 40 x 20 mm na maxila e 40 x 35 mm na mucosa jugal. Segundo os autores, o fechamento de defeitos maiores não podem ser garantidos, pois podem gerar uma nova fístula ou acarretar necrose do retalho cirúrgico.

RAPIDIS *et al.* (2000), utilizaram o corpo adiposo da bochecha de forma pediculada para o fechamento de defeitos de quinze pacientes; tais defeitos apresentavam tamanho variando de 4x3x1 cm a 7x5x2 cm e estavam situados na maxila, região retromandibular, mucosa jugal e comissura labial; os autores observaram a completa epitelização entre 3 e 4 semanas e um resultado satisfatório do uso do corpo adiposo da bochecha para a finalidade proposta. De acordo com os autores, quando devidamente dissecado e mobilizado, o corpo adiposo pode fornecer um enxerto pediculado de 7 x 4 x 3 cm, podendo recobrir defeitos retromandibulares nessas dimensões. Para as outras regiões, as lesões não devem ser maiores que 4 X 4 X 3 cm pois a probabilidade de deiscência parcial do retalho é alta.

Vale ressaltar que todos os trabalhos relatados acima não avaliaram parâmetros estéticos e, tampouco, possíveis alterações mastigatórias decorrentes da remoção de tecido adiposo das bochechas. Esse procedimento, tendo como objetivo a estética, além do uso com finalidade de recobrimento de defeitos (BAUMANN e EWERS 2000; CALVET *et al.*, 2014; CHAKRABARTI *et al.*, 2009; COLELLA 2004; DE FARIAS *et al.*, 2015), tem sido relatada na literatura, devido ao fato do corpo adiposo da bochecha estar associado ao formato da face (TOSTEVIN *et al.*, 1995), contribuir para a

proeminência da superfície externa do rosto e proporcionar o volume das bochechas (STUZIN *et al.*, 1990), fatores que têm conduzido à indicação da remoção cirúrgica dessa estrutura anatômica para obtenção de linhas faciais mais harmônicas seguindo a tendência estética atual, que valoriza o rosto mais fino (CARBONELL *et al.*, 1991). O procedimento de exérese do corpo adiposo da bochecha com finalidade exclusivamente estética recebe o nome de bichectomia.

Nesse sentido, a fim de investigar o impacto da bichectomia na percepção estética, HASSE *et al.* (1994), realizaram a ressecção do corpo adiposo da bochecha bilateralmente de dezoito pacientes com idades entre 21 e 64 anos. Concluíram, de fato, que a remoção de 50% ou mais da massa total dessa estrutura pode resultar em uma mudança significativa na aparência estética. A ressecção do coxim adiposo bucal foi associada a outros procedimentos cirúrgicos (lifting facial, rinoplastia, aumento do implante malar) e a quantidade de gordura ressecada variou de 1,9 a 5,1 g em cada lado.

O candidato ideal para a ressecção do coxim gorduroso do Bichat tem ossos malar fortes que são escondidos por bochechas proeminentes e após a ressecção do coxim adiposo, as bochechas tornam-se ocas e o arco zigomático é acentuado (HASSE *et al.*, 1994). O resultado é uma aparência facial esculpida, porém em pacientes com ossos malares hipoplásicos, os autores não recomendam a remoção do coxim adiposo. Resultados desfavoráveis podem ser causados por hipercorreção; por outro lado, defenderam que a ressecção inferior a metade do volume não foi suficiente para causar quaisquer impedimentos funcionais ou alterações estéticas; relatam ainda que mesmo em casos de extensa desnutrição, a almofada de gordura pode ser preservada, ou seja, pode estar presente. Durante os anos de crescimento, ela encolhe em todas as dimensões. No adulto, seu peso e dimensões permanecem constantes em 9 g não estando relacionado à altura e sexo do indivíduo (STUZIN *et al.*, 1990).

MATARASSO (2006), em estudo de relato de dois casos, observou que adultos com uma ampla face central que desejam o refinamento, a modelagem ou a harmonia de suas características esqueléticas são candidatos potenciais para a excisão do corpo adiposo da bochecha. Segundo o autor, a remoção dessa estrutura anatômica contribui de forma significativa para a melhora da estética facial – melhorando o contorno que destaca a angulação dos traços faciais esqueléticos, pois a retirada proporciona a

projeção mais indireta dos ossos malares, devido ao efeito de esvaziamento na lateral das comissuras orais (KHIABANI *et al.*, 2014).

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

1.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TÉCNICA CIRÚRGICA DA REMOÇÃO DO CORPO ADIPOSEO DA BOCHECHA (BICHECTOMIA)

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

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

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

Apesar da simplicidade da técnica, intercorrências e complicações durante ou após o ato cirúrgico podem ocorrer, sendo as mais frequentes: lesão do nervo facial (STUZIN *et al.*, 1990) e/ou do ducto de Stensen (ducto da parótida) (HWANG 2005) e hemorragia no transoperatório; além disso, trismo, edema facial, fibrose, necrose parcial das bordas cirúrgicas, infecção, deiscência e formação de fístula no pós-operatório são

relatadas. (FAGAN 2014; TIDEMAN *et al.*, 1986; SAMMAN *et al.*, 1993; RAPIDIS *et al.*, 2000; HASSANI *et al.*, 2009).

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

1.6 PERGUNTA DE PARTIDA

O peso e volume do corpo adiposo da bochecha apresentam relação com o Índice de Massa Corporal (IMC)?

Qual o grau de satisfação estético e funcional dos pacientes submetidos a cirurgia de bichectomia?

Quais as consequências a longo prazo da remoção desta estrutura anatômica já que vem se tornando uma cirurgia frequentemente realizada?

1.7 JUSTIFICATIVA

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

De fato, não só em relação ao procedimento cirúrgico a literatura é escassa, mas também em relação ao conhecimento sobre as próprias dimensões da mencionada estrutura anatômica (EGYEDI 1977; STUZIN *et al.*, 1990) que é removida parcialmente durante o ato cirúrgico (RAPIDIS *et al.*, 2000; LOUKAS *et al.*, 2006)

Dessa forma, é premente a necessidade de trabalhos que investiguem a cirurgia da bichectomia, com vistas à prover o embasamento necessário que permita uma correta indicação bem como a previsibilidade dos seus resultados a longo prazo, com o envelhecimento do indivíduo.

1.8 OBJETIVOS

1.8.1 OBJETIVOS GERAIS

Avaliar a relação do volume e peso do corpo adiposo da bochecha e o índice de massa corporal (IMC) e avaliar se há diferença nas medidas faciais após realização da cirurgia para remoção do corpo adiposo da bochecha.

1.9 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Avaliar o grau satisfação pessoal dos indivíduos submetidos a cirurgia de bichectomia.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo caracterizou-se como um ensaio clínico de braço único que teve o objetivo de avaliar a relação do volume e peso do corpo adiposo da bochecha e o índice de massa corporal (IMC) de pacientes submetidos à cirurgia para remoção do corpo adiposo da bochecha.

O projeto da referida pesquisa foi devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS e aprovado para execução, segundo parecer conclusivo número 2.703.718 (**ANEXO 1**). Todos os voluntários recrutados foram esclarecidos quanto ao desenvolvimento da pesquisa, seus propósitos e relevância e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado para este estudo, o qual seguiu rigorosamente os critérios

éticos exigidos pelas Resoluções 196 /96, 466 / 2012 e 510 / 2016 (Conselho Nacional de Saúde), que normatizam as pesquisas envolvendo seres humanos.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo envolveu indivíduos que foram submetidos à excisão do corpo adiposo da bochecha em uma clínica particular do município de Salvador-BA, no período de junho de 2016 a agosto de 2018. A amostra inicial foi composta por 63 pacientes que procuraram o referido consultório por demanda espontânea, com indicação ou motivados a realizar a bichectomia; destes, 4 não preenchiam os critérios de inclusão e 2 não concordaram em assinar o TCLE. Portanto, a amostra final foi de 57 pacientes. Destes voluntários, a totalidade foi submetida à mensuração do corpo adiposo da bochecha, 20 retornaram para realizar as medidas de face e 35 responderam pessoalmente ou através de email o questionário de satisfação.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para a definição da amostra foram incluídos voluntários que foram indicados para a remoção cirúrgica do corpo adiposo da bochecha ou que decidiram fazer tal procedimento a partir de percepção própria e com indicação de outro profissional. Para serem submetidos ao procedimento, além de terem indicação ou desejo de realiza-lo precisavam apresentar condições médicas que oportunizassem o procedimento cirúrgico eletivo (Classificação ASA 1 ou 2 – Classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (SAKLAD 1941). Foram incluídos pacientes de ambos os sexos e com idade superior a 18 anos.

2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos aqueles pacientes menores de 18 anos; os que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**ANEXO 2**); os incapazes de compreender o questionário e/ou respondê-lo; e os que apresentaram doenças sistêmicas que contraindicassem a intervenção cirúrgica, avaliados de acordo com a ficha de anamnese (**ANEXO 3**).

2.5 COLETA E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

2.5.1 TEMPOS DE AVALIAÇÃO

Os indivíduos participantes da pesquisa foram avaliados em três tempos distintos:

- T0 - Avaliação pré-operatória
- T1 – Avaliação pós-operatória imediata
- T2 - Avaliação pós-operatória com um intervalo mínimo de 6 meses

Na avaliação pré-operatória (T0) foram investigadas as condições iniciais do paciente, onde foi realizada a anamnese, verificação dos sinais vitais - frequência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA), registros antropométricos e mensuração do peso e altura do paciente para cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC). Todos esses parâmetros foram registrados cerca de 30 minutos antes do procedimento cirúrgico para todos os pacientes envolvidos na presente pesquisa.

2.5.2 PROTOCOLO CIRÚRGICO

É aceito que a melhor medida de prevenção das intercorrências pós-operatórias em cirurgias orais é a diligência do cirurgião em manipular tecidos com precisão e delicadeza, além de manter uma cadeia asséptica rigorosamente controlada. Por esses motivos, esta pesquisa obedeceu ao seguinte protocolo cirúrgico:

- A. Aferição de sinais vitais, os quais deveriam estar dentro dos limites de normalidade;
- B. Antissepsia intra-oral com uso de colutório de digluconato de clorexidina a 0,12% (esquema de uso: 15 mL, durante 01 minuto), e antissepsia extra-oral com iodo tópico ou gel de digluconato de clorexidina a 2%, em caso de alergia a iodo, em toda a extensão do terço médio e inferior da face, além da região cervical;
- C. Anestesia dos nervos bucal, alveolar superior posterior e médio com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100 000 e/ou articaína a 4% com epinefrina 1:100.000 (tubetes de 1,8mL;DFL®);

- D. Incisão de aproximadamente 1,5 cm, em região de fundo de sulco, paralelamente à região do primeiro/segundo molar, ligeiramente abaixo da abertura do ducto da parótida (método de Matarasso; **FIGURA 3**);

FIGURA 3. Fotografia do local da incisão para realizar a bichectomia pelo método de Matarasso



FONTE. Elaborada pelo autor (2019). Legenda: incisão localizada na região do fundo de vestíbulo da região do segundo molar para exposição do corpo adiposo da bochecha.

- E. Divulsão dos tecidos moles e exposição do corpo adiposo da bochecha;
F. Tracionamento da referida estrutura anatômica (**FIGURA 4**);

FIGURA 4. Fotografia do tracionamento inicial do corpo adiposo da bochecha



FONTE. Elaborada pelo autor (2019). Legenda: tracionamento através de 2 pinças hemostáticas do corpo adiposo da bochecha

- G. Exérese do tecido gorduroso (**FIGURA 5**);

FIGURA 5. Fotografia do tracionamento final do corpo adiposo da bochecha



FONTE. Elaborada pelo autor (2019). Legenda: tracionamento final do corpo adiposo da bochecha antes de sua remoção total.

- H. Aproximação dos rebordos e sutura com fio 4-0 de nylon (marca Shalom®);
- I. Limpeza da face do paciente e remoção do campo cirúrgico;
- J. Entrega das recomendações pós-operatórias por escrito. (ANEXO 4).

As reavaliações (T2) foram realizadas em um período mínimo de 6 meses e máximo de 23 meses, usando a mesma parametrização empregada no T0 e nesse tempo também foi aplicado o questionário de satisfação (ANEXO 5) do paciente em relação aos resultados obtidos com o procedimento cirúrgico.

2.6 PROTOCOLO FARMACOLÓGICO

Um regime medicamentoso foi iniciado previamente ao procedimento cirúrgico, com o objetivo de prevenir dor e edema, esperados nesse tipo de procedimento. A terapia pré-operatória consistiu no uso de: 02 comprimidos de dexametasona 4 mg, 02 horas antes do procedimento cirúrgico e 01 comprimido de dipirona ou paracetamol ambos com 500mg, 30 minutos antes do procedimento (ANEXO 6). Para o período pós-operatório foram prescritos os mesmos fármacos obedecendo os seguintes regimes: dexametasona 4 mg (02 comp) 24h e 48h após a primeira dose, preferencialmente às 8h da manhã; paracetamol 500mg ou dipirona 500 mg de 6/6h durante um período de 24 horas, contínuos de 6/6 horas e, após este período, em caso de dor leve, seguindo o mesmo intervalo; paracetamol 500mg + fosfato de codeína 30mg de 4/4h (Tylex) caso a dor não fosse controlada pelo primeiro

analgésico, ou seja, em caso de dor intensa; amoxicilina 500 mg via oral de 8/8 h por 7 dias e, no caso do paciente ser alérgico a antibióticos beta lactâmicos, foi prescrita a clindamicina 300 mg de 6/6 h por 7 dias; para uso externo, foi prescrito o uso de colutório à base de digluconato de clorexidina de 12/12 h por 7 dias, sempre 30 minutos após a escovação (ANEXO 6).

2.7. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

2.7.1. AVALIAÇÃO E EXAME PRÉ-OPERATÓRIO

A. Anamnese - Anamnese: através da aplicação de um questionário sobre a história médica e odontológica (ANEXO 3), foram obtidas informações relativas à saúde sistêmica do paciente, que foram apropriadamente registradas em fichas clínicas padronizadas. Foi realizada pelo cirurgião, que identificou e incluiu na pesquisa os pacientes que não apresentaram patologias ou desordens sistêmicas, distúrbios fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos (Classificação ASA I de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologia) ou portadores de distúrbios fisiológicos leves a moderados, em acompanhamento médico especializado e controlados sistemicamente (ASA II). Sendo assim, a investigação anamnésica possibilitou o início da triagem dos pacientes quanto aos critérios de inclusão e exclusão necessários para a composição da amostra.

B. AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS

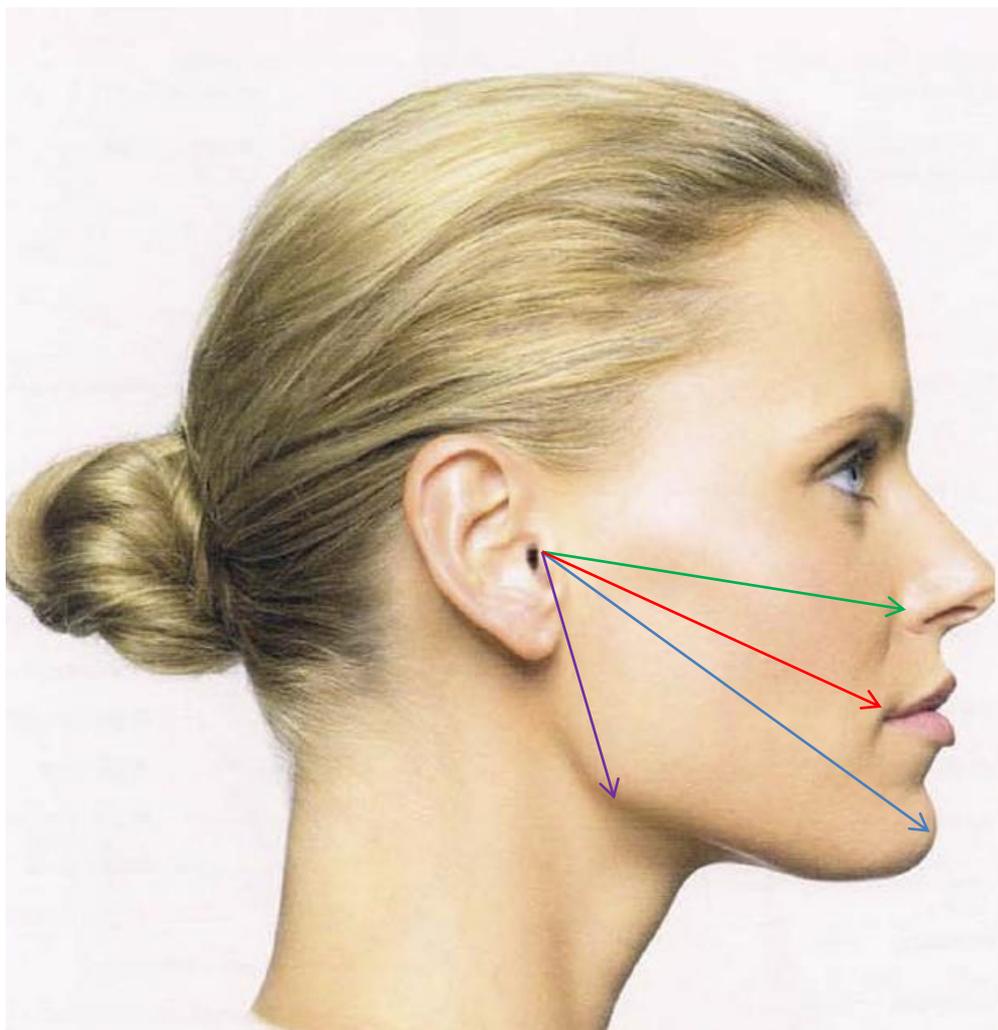
A Pressão arterial (PA) foi aferida com o emprego de esfigmomanômetro e estetoscópio calibrados e certificados pelo Instituto Nacional de Metodologia, Normalização e Qualidade Industrial. Este estudo considerou como PA normal, em adultos, aquela que se manteve acima de 90 mmHg até o limite de 140 mmHg. Portanto, os pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico deveriam apresentar, obrigatoriamente, PA dentro destes limites;

A Frequência cardíaca (FC) foi igualmente medida pelo cirurgião através do pulso da artéria radial no punho durante o período de 01 minuto. Considerou-se pulso radial normal para adultos aquele compreendido entre 60 e 100 batimentos por minutos.

C. REGISTRO DAS MEDIDAS FACIAIS

Foram escolhidos cinco pontos na face para se realizar as marcações para a mensuração, dentre eles o tragus, asa do nariz, comissura labial, pogônio e ângulo da mandíbula. Para se detectar o ponto tragus (T) se localizava o centro do mesmo na porção mais proeminente da cartilagem, o ponto da linha média mental foi marcado no centro do mento na parte mais proeminente do mesmo, o ponto da asa do nariz foi marcado na parte mais inferior e lateral do mesmo, o ponto da comissura labial foi marcado na parte mais externa da união dos lábios e o ponto do ângulo mandibular na parte mais inferior e posterior do ângulo mandibular, em ambos os lados da face. Estas medidas foram realizadas por um único examinador calibrado, registrados com o auxílio de um fio de sutura 0.4 mm sem agulha (marca Shalom®) e duas pinças clínicas nº 14 e posteriormente medidos com régua plástica de 30 cm (**FIGURA 6**).

FIGURA 6. Fotografia dos pontos mensurados na face dos pacientes onde cada cor representa uma medida



Fonte: RADLKLOSKI, RJ, WESKER, KH, A face atlas ilustrado de anatomia clinica, Quintessence Editora LTDA, 2a. ed, 2016, adaptado com setas pelo autor, sendo diferenciadas por cor.

- Trágus (meio do trágus) - Linha média mentual (T_LM);
- Trágus (meio do trágus) - Comissura labial (T_CL);
- Trágus (meio do trágus) - Asa do nariz (T_AN);
- Trágus - Ângulo da mandíbula (T_AM) (localização via palpação física).

D. REGISTRO DO PESO CORPÓREO

O paciente foi orientado a trocar sua vestimenta por um avental padronizado de peso igual a 450 g, sem calçados e sua pesagem foi registrada através de uma balança digital de vidro redonda que suportava até 180 Kg (marca Dasshaus), com as seguintes especificações técnicas: Altura: 3 cm Largura: 33 cm x 33 cm - Peso: 1,435 Kg. Tal procedimento foi realizado em sala reservada por um único examinador do sexo feminino.

E. REGISTRO DA ALTURA

A altura foi mensurada através de um estadiômetro, marca CONTEC ®, Modelo Fixo de 2 metros, fixado na parede, de alta resistência e com campo de medição de 0 a 200 cm.

2.7.2. AVALIAÇÃO E EXAME PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

No tempo pós operatório imediato, foram registrados os seguintes parâmetros:

A. Tempo cirúrgico: registrado por uma mesma pessoa (técnica em saúde bucal) previamente treinada, mediante emprego de cronômetro digital do telefone da marca Apple

B. Quantidade de anestésico utilizado para realização da cirurgia: opção por (Lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 e/ou Articaina a 4% com epinefrina 1:100.000 (marca DFL®). A unidade de medida escolhida foi o número de tubetes (volume 1,8 mL).

C. Presença de intercorrência: registrada de forma descritiva (exemplo: laceração da comissura labial) ou considerando o grau de dificuldade de localização do corpo adiposo da bochecha como: fácil, moderada ou difícil.

D. Mensuração do peso do corpo adiposo da bochecha, com emprego de balança de precisão da marca DIAMOND® modelo MH-100.

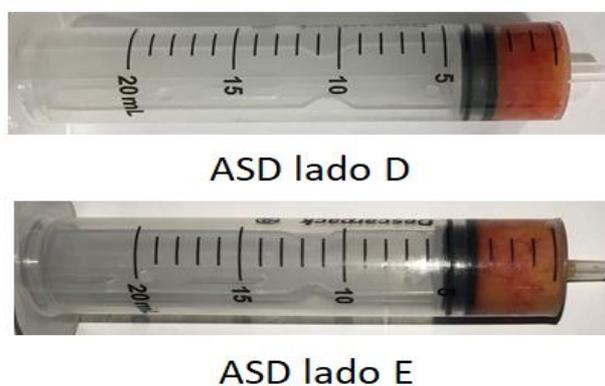
FIGURA 7. Fotografias do peso das gorduras após bichectomia.



FONTE. Elaborada pelo autor (2019). Legenda: balança de precisão com as gorduras do lado D e E do paciente, sendo inserida suas iniciais

E. Mensuração do volume da gordura, que foi registrado através do acondicionamento da gordura extraída em seringas de 10 mL; após a referida mensuração, o material foi descartado em lixo apropriado.

FIGURA 8. Fotografias do volume da gordura do lado D e E após bichectomia



FONTE. Elaborada pelo autor (2019). Legenda: seringas de 20 ml onde a gordura foi armazenada após a cirurgia para se mensurar o seu volume, onde as iniciais do paciente e o lado eram inseridos antes das fotos.

2.7.3 AVALIAÇÃO E EXAME PÓS-OPERATÓRIO APÓS 6 MESES

Nesse tempo (T2) foram realizados novamente os registros antropométricos, mensuração do peso e altura de acordo com os protocolos já descritos e, adicionalmente, foi aplicado um questionário de satisfação do paciente (**ANEXO 5**). Tal questionário foi aplicado por um único examinador, em sala reservada, deixando o paciente sentado em uma cadeira de maneira confortável e o questionário apoiado em uma mesa de altura compatível. Foi explicado para o paciente os propósitos do questionário, foi perguntado se ele tinha dúvida em relação às perguntas ou se sentia constrangido em responde-lo e, em resposta negativa, o paciente respondia sozinho, sem interferência ou acompanhamento do examinador. Alguns pacientes responderam por email, pelo fato de não residirem em Salvador, mas receberam orientações prévias, onde o examinador forneceu as mesmas explicações dadas para os pacientes que responderam de forma presencial.

2.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Nos anos de 2016 a 2018, 57 pacientes foram operados e tiveram o corpo adiposo da bochecha removidos bilateralmente. Todos os sujeitos foram avaliados quanto ao desconforto pós-operatório, avaliação da indicação e satisfação, bem como complicações cirúrgicas. Para a caracterização da população estudada, bem como avaliação da satisfação e complicações pós-cirúrgica, uma análise descritiva foi inicialmente realizada. Para determinar quais variáveis foram determinantes para a satisfação pessoal após a cirurgia, uma análise de regressão múltipla (*Stepwise forward multiple regression*) foi realizada, considerando a satisfação pessoal como variável dependente, e como variáveis independentes (i.e. variáveis a influenciar o resultado da variável dependente) gênero, idade, indicação da cirurgia e Grau de incômodo pré-cirúrgico, Nível de limitação social pela forma da face, Alteração da mastigação (mordedura de bochecha), Satisfação familiar, Melhora do contorno facial e Resultado próximo da expectativa inicial. Para a modelagem final da regressão múltipla, foram consideradas as variáveis com significância bivariada mínima de 0,1.

No intuito de avaliar se as dimensões do corpo adiposo da bochecha estavam relacionadas com medidas antropométricas, foram avaliados os 57 pacientes operados (a

totalidade dos voluntários). Foram então compilados os dados gerais (IMC, peso e volume do corpo adiposo) por meio de uma análise descritiva e, realizando uma correlação linear de Pearson, foi possível analisar a relação entre essas variáveis e a dimensão do corpo adiposo da bochecha de cada lado da face. Considerando a avaliação da relação entre as variáveis antropométricas e o volume do corpo adiposo da bochecha como variável primária, foi calculado o tamanho da amostra. A partir de uma análise de correlação dependente bivariada, com erro tipo-II de 0,8, $\alpha=5\%$, com tamanho do efeito (Cohen's effect size) de 0,6, foi determinada uma amostra mínima de 51 indivíduos.

A fim de avaliar a mudança das medidas faciais após a cirurgia, 20 pacientes retornaram para as consultas de acompanhamento e foram incluídas na análise estatística. Para a análise dos dados, foi realizado o teste t de Student pareado. Considerando a mudança na medida T_AN (Tragus-Asa do Nariz) para a verificação das alterações faciais após a Bichectomia, foi calculado o tamanho da amostra. Considerando um estudo pareado, com erro tipo-II de 0,8, $\alpha=5\%$, diferença entre os tempos de 0,43 mm e desvio padrão das diferenças de 0,6 (baseado no estudo de COMPTON et al, 2007), foi determinada uma amostra mínima de 18 indivíduos. Todas as análises foram realizadas no programa SIGMAstat, com nível de significância de 5%.

Para determinar quais variáveis foram determinantes para a satisfação pessoal após a cirurgia, 35 pacientes foram incluídos e uma análise de regressão múltipla (Stepwise forward multiple regression) foi realizada, considerando a satisfação pessoal como variável dependente, e como variáveis independentes (i.e. variáveis a influenciar o resultado da variável dependente) gênero, idade, indicação da cirurgia, grau de incômodo pré cirúrgico, nível de limitação social pela forma da face, alteração da mastigação (mordedura da bochecha), satisfação familiar, melhora do contorno facial e resultado próximo da expectativa inicial. Para a modelagem final da regressão múltipla, foram consideradas as variáveis com significância bivariada mínima de 0,1.

3 RESULTADOS

1. Recrutamento de voluntários

Foram triados um total de 63 pacientes. Destes, 4 não preenchiam os critérios de inclusão (2 diabéticos tipo 2 descompensados, 1 hipertenso descompensado e 1 em tratamento de doença psiquiátrica) e 2 não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recusando-se a participar, constituindo um grupo inicial de 57 pacientes que potencialmente poderiam ser incluídos no estudo. Devido à perda da amostra por ausência de retorno para reavaliação, dos 57 pacientes, 35 responderam ao questionário e destes últimos, 20 tiveram suas medidas faciais coletadas para a análise. 22 pacientes não retornaram para a avaliação de qualquer dos parâmetros. (FIGURA 9)

2. Cronograma do estudo

O recrutamento dos pacientes foi realizado de abril de 2016 a janeiro de 2018. As cirurgias foram realizadas dentro desse mesmo período de tempo. A tabulação e análise estatística foram realizadas entre agosto e novembro de 2018.

3. Dados da amostra estudada

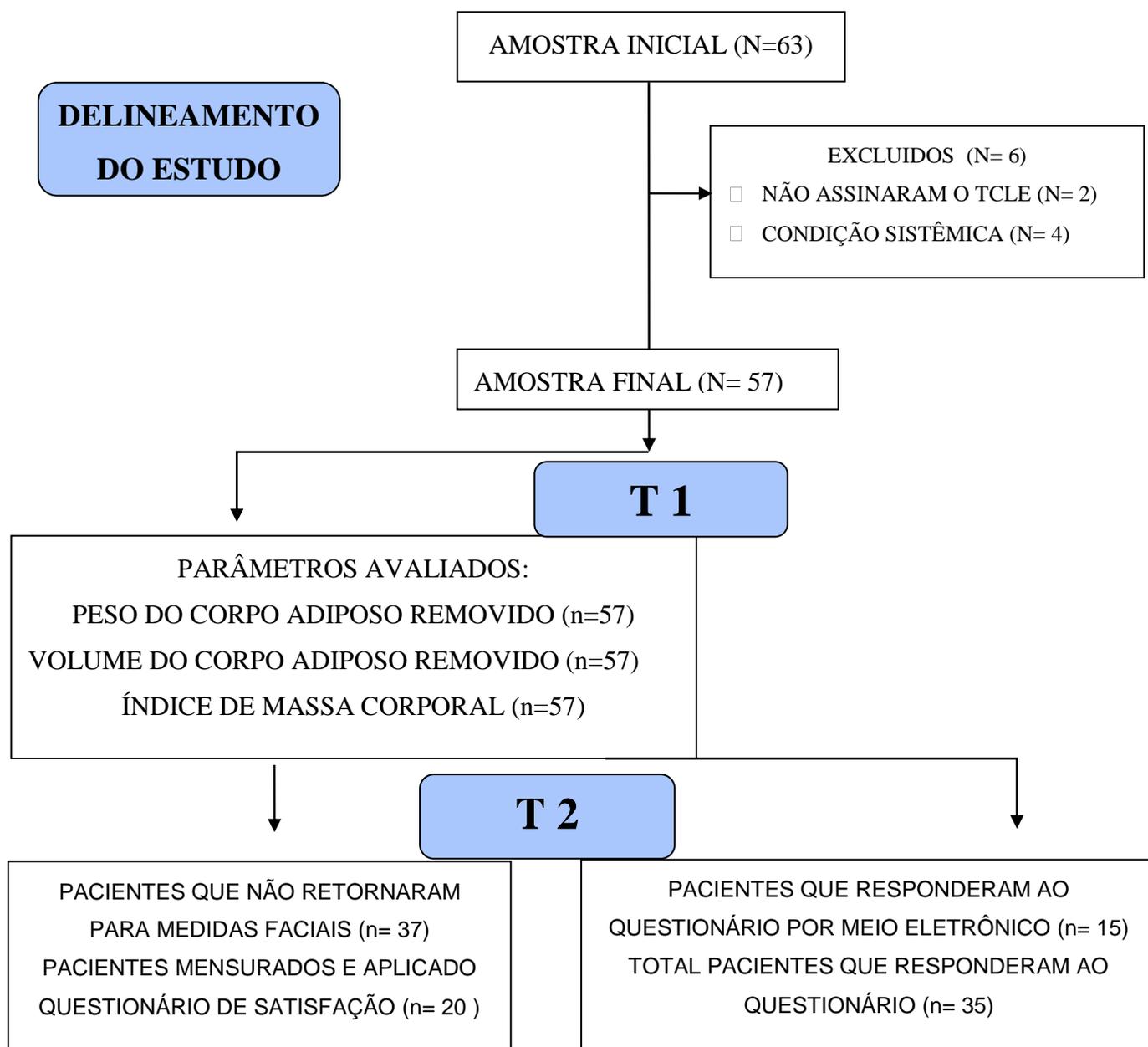
Pode-se notar que os dados demográficos da população submetida à cirurgia de bichectomia demonstraram que há uma clara predominância do gênero feminino (87,7%) e uma média de idade de $29,3 \pm 7,2$ anos (Tabela 1)

TABELA 1. Dados demográficos da população submetida à cirurgia de bichectomia (n=57).

	Classe	Valor
Sexo	<i>Feminino</i>	87,7%
	<i>Masculino</i>	12,3%
Idade	<i>Anos (média±dp)</i>	29,3±7,2

Fonte: Próprio autor, (2019)

FIGURA 9. Esquema representativo do delineamento do estudo



FONTE. Elaborada pelo autor (2019). Legenda: Ilustração do delineamento transversal do número de pacientes estudados

Nas tabelas 2 e 3 estão descritas as características dimensionais do corpo adiposo da bochecha, bem como os resultados que correlacionam as medidas antropométricas e as dimensões do corpo adiposo. É possível constatar uma similaridade entre as dimensões do corpo adiposo dos lados direito e esquerdo, bem como um IMC médio de $25,4 \pm 2,8$ (tabela 2). No entanto, a tabela 3, através de uma análise de correlação, evidencia que não há uma relação significativa entre essas medidas antropométricas, bem como da idade, e as dimensões do corpo adiposo da bochecha, como pode ser visto, por exemplo, na relação entre o volume do corpo adiposo do lado direito com um r de 0,068 com o IMC ($p > 0,05$).

TABELA 2. Características antropométricas (altura (m), peso (kg) e índice de massa corpórea – IMC) dos sujeitos submetidos à cirurgia de bichectomia e valores dimensionais (peso (g) e volume (mL)) do corpo adiposo da bochecha removido durante a cirurgia (n=57).

	Característica	Média(+dp)
Medidas antropométricas	Altura	1,70±0,07
	Peso	69,9±11,8
	IMC	25,4±2,8
Valores dimensionais do corpo adiposo da bochecha	Volume direito (mL)	4,4±1,4
	Volume esquerdo (mL)	4,2±1,5
	Peso direito (g)	4,1±1,4
	Peso esquerdo (g)	4,0±1,5

Fonte: Próprio autor

TABELA 3. Matriz de Correlação (r) entre valores referentes ao corpo adiposo da bochecha, as medidas antropométricas e a idade dos indivíduos.

	Idade	Altura	Peso	IMC
Volume direito	-0,093	-0,144	-0,029	0,068
Volume esquerdo	-0,176	-0,164	-0,059	0,042
Peso direito	-0,038	-0,157	-0,094	- 0,011
Peso esquerdo	-0,120	-0,086	0,001	0,077

Fonte: Próprio autor - Pearson's correlation, $p > 0.05$.

Para avaliar o impacto da cirurgia de bichectomia no contorno facial, foram considerados os pacientes que retornaram para realizar a avaliação pós-operatória ($n=20$) com média de tempo de pós-operatório de $13,9 \pm 5$ meses. Como pode ser observado na tabela 4, a cirurgia de bichectomia não promoveu mudança significativa nas medidas faciais ($p > 0.05$). Exemplo disso, a medida de T_AN_D variou de $11,9 \pm 0,9$ mm para $11,8 \pm 0,7$ mm após a cirurgia ($p > 0.05$). Importante notar que não houve variação significativa no peso corporal dos indivíduos durante o período pós-operatório ($p > 0.05$) (Tabela 4)

As tabelas 5, 6 e 7 apresentam os resultados obtidos a partir do perfil de satisfação respondidos por 35 pacientes que foram submetidos ao procedimento de bichectomia. Na tabela 5 estão descritas as variáveis de decisão para a realização da mencionada cirurgia. Pode-se notar que a autoanálise apresenta-se como a variável de indicação principal (62,9%), enquanto a indicação profissional foi relatada por apenas 22,9% da população. Relacionado a esse resultado, o alto grau de incômodo em relação às medidas faciais (85,7% com moderado a muito incômodo) e a alteração da função mastigatória (com 40% da população citando moderado ou muito impacto) podem também estar associadas à indicação. Ao tempo que o contorno facial como limitador social mostrou-se importante apenas para uma pequena parcela da população submetida à cirurgia (apenas 14,3% indicando uma limitação moderada ou muita limitação); para essa análise, considerou-se limitação social o não encaixe nos padrões aceitos como

belo ou perfeito, o que, para alguns pacientes, pode estar relacionado a algum tipo de restrição / exclusão social.

TABELA 4. Dados do peso e das medidas faciais (média±dp) (em cm) no baseline e pós-operatório da cirurgia de bichectomia (n=20).

	Baseline T0	Pós-operatório T2	<i>p-value*</i>
Peso (Kg)	69,1±13,4	69,3±12,9	0,74
T_LM_D	15,1±1,0	15,0±1,0	0,22
T_LM_E	15,0±1,2	15,0±1,1	0,33
T_CL_D	11,4±1,0	11,3±0,8	0,09
T_CL_E	11,2±0,9	11,2±0,9	0,50
T_AN_D	11,9±0,9	11,8±0,7	0,16
T_AN_E	11,8±0,9	11,8±0,7	0,46
T_AM_D	6,6±1,5	6,7±1,7	0,44
T_AM_E	6,6±1,2	6,5±1,5	0,41

Fonte: Próprio autor - *(Paired Student's t test, $p < 0.05$)

TABELA 5. Variáveis determinantes para indicação e fatores sociais associados a condição pré-operatória na população submetida à cirurgia de biclectomia (n=35)

	Classe	Valor
Indicação da cirurgia	<i>Auto-análise</i>	62,9%
	<i>Percepção alheia</i>	14,2%
	<i>Indicação Profissional</i>	22,9%
Grau de incômodo pré-operatório em relação às dimensões faciais	<i>Nenhum</i>	2,9%
	<i>Pouco</i>	11,4%
	<i>Moderado</i>	51,4%
	<i>Muito</i>	34,3%
Contorno face como fator limitante socialmente	<i>Nenhum</i>	54,3%
	<i>Pouco</i>	31,4%
	<i>Moderado</i>	2,9%
Alteração na função mastigatória (mordedura da bochecha)	<i>Muito</i>	11,4%
	<i>Nada</i>	31,4%
	<i>Pouco</i>	28,6%
	<i>Moderado</i>	25,7%
	<i>Muito</i>	14,3%

Fonte: Próprio autor

Na tabela 6 estão descritos os valores e índices de satisfação pessoal e familiar após a cirurgia de biclectomia. Nota-se um alto grau de satisfação pessoal (63% Muito ou completamente satisfeitas), embora a satisfação familiar tenha mostrado valores inferiores (21,4% Muito ou completamente satisfeitas). Em relação a avaliação da melhora do contorno facial notada pelos sujeitos, 48,6% destes sentiram-se muito ou completamente satisfeitos. Ao mesmo tempo, apenas 25,7% relataram um resultado pouco próximo ao esperado, enquanto 56% das pessoas tiveram um resultado muito ou completamente próximo ao esperado

Na Tabela 7, após análise de regressão múltipla identificando os fatores determinantes para a satisfação pessoal, apenas as variáveis satisfação familiar e resultado próximo ao esperado foram significantes. Dessa forma, pode-se indicar que

essas variáveis estão significativamente associadas à satisfação pessoal, independente, por exemplo, de alteração de contorno, incômodo social ou indicação.

TABELA 6. Grau de satisfação pessoal, familiar e variáveis de percepção após a cirurgia de Bichectomia (n=35).

	Classe	Valor
Satisfação pessoal	<i>Indiferente</i>	2,9%
	<i>Pouco</i>	14,3%
	<i>Moderado</i>	20,0%
	<i>Muito</i>	31,4%
	<i>Completamente</i>	31,4%
Satisfação familiar	<i>Indiferente</i>	22,9%
	<i>Pouco</i>	20,0%
	<i>Moderado</i>	25,7%
	<i>Muito</i>	20,0%
	<i>Completamente</i>	11,4%
Melhora formato facial	<i>Indiferente</i>	5,7%
	<i>Pouco</i>	17,1%
	<i>Moderado</i>	28,6%
	<i>Muito</i>	20,0%
	<i>Completamente</i>	28,6%
Resultado próximo da expectativa	<i>Indiferente</i>	0,0%
	<i>Pouco</i>	25,7%
	<i>Moderado</i>	17,1%
	<i>Muito</i>	45,7%
	<i>Completamente</i>	11,4%

Fonte: Próprio autor

Tabela 7. Análise de Regressão múltipla, considerando satisfação com a Bichectomia como variável dependente.

R		RSqr		Adj Rsqr		
0,814		0,662		0,629		
Variables in Model						
Group	Coef.	Std. Coeff.	Std. Error	F-to-Remove	P	
Constant	0,472		0,395			
Indicação (variável de ajuste)	0,223	0,165	0,156	2,056	0,162	
Satisfação Familiar	0,319	0,37	0,122	6,875	0,013	
Resultado próximo ao esperado	0,556	0,489	0,15	13,783	<0,001	

Fonte: Próprio autor - *Stepwise forward multiple regression*

Na avaliação das complicações pós-operatórias (Tabela 8), observadas no período de 7 dias após a cirurgia, pode-se notar que o edema foi moderado ou exacerbado em 58% dos pacientes, ao passo que foi observada alteração na função mastigatória em 40% dos pacientes e a ocorrência de assimetria facial em 43% dos indivíduos. No entanto, na avaliação da dor pós-operatória, o valor atribuído pode ser considerado baixo, com média de $4,2 \pm 2,5$ na escala VAS de 0-10 (MARK *et al.*, 1986).

TABELA 8. Média e desvio padrão e frequência das complicações relatadas pelos pacientes após a cirurgia de bichectomia (n=35).

Parâmetro	Valor	
Dor Trans-operatória	3,1±2,2	
Dor Pós-operatória	4,2±2,5	
Edema	Discreto	20%
	Perceptível	23%
	Moderado	29%
	Exarcebado	29%
Interferência da Função Mastigatória	Nada	31%
	Pouco	29%
	Moderado	26%
	Muito	14%
Assimetria	Sim	43%
	Não	57%

Fonte: Próprio autor

4 DISCUSSÃO

O primeiro aspecto a ser discutido é o tamanho da amostra. Neste trabalho, o poder da amostra foi calculado, onde foi determinada a amostra mínima de 51 indivíduos para o cálculo amostral da variável primária. No presente estudo, a amostra foi superior a essa, o que confere maior robustez aos dados encontrados. Soma-se a isso o fato da literatura correlata não apresentar estudos semelhantes nem metodologicamente nem em quantidade de pacientes submetidos à bichectomia, o que faz com que as evidências aqui apresentadas sejam significativas e inéditas.

Os dados demográficos da população estudada comprovou uma notória predominância de mulheres adultas, com média de idade inferior a 30 anos (adultos jovens). Tais achados permitem algumas inferências: a primeira delas é a preocupação estética que, certamente, é reflexo do apelo social, da busca pela perfeição e pelo belo.

Embora não seja exclusivamente relacionada ao sexo feminino e, inclusive, tenha aumentado de forma expressiva entre os homens com a crescente liberalização sexual, essa demanda estética é culturalmente mais exigida das mulheres, que devem ser idealmente belas, altas e magras (MARQUARDT 2002; D’ALESSANDRO 2011). Ainda em relação aos dados demográficos, era esperado que a média de idade fosse a que de fato foi evidenciada nessa pesquisa; isso se justifica porque os adultos jovens são os que mais buscam estar perfeitamente inseridos em um padrão estético ditado pela sociedade: seja porque fisiologicamente seu organismo responde de maneira mais favorável seja porque estão em um período da vida que geralmente coincide com o ingresso no mercado de trabalho ou de consolidação de relações afetivas, que certamente contribuem para a maior necessidade de autoafirmação através de todos os recursos possíveis (STREHLAU *et al.*, 2015).

As características dimensionais do corpo adiposo da bochecha foram avaliadas com o objetivo de avaliar se havia correlação entre os lados da face. Essa é uma análise com poucos precedentes e visa reconhecer a mencionada estrutura anatômica de forma mais minuciosa, sobretudo porque recentemente a remoção do corpo adiposo da bochecha passou a ser um procedimento cirúrgico muito procurado com finalidade exclusivamente estética; portanto, a proposta foi investigar se havia diferença da referida estrutura entre os lados da face e, caso houvesse, qual o impacto que isso poderia trazer na simetria e harmonização facial. Nesse estudo, essa correlação não foi constatada, da mesma forma que no trabalho de STUZIN (1990), sendo factível sugerir que a similaridade das dimensões do corpo adiposo bilateralmente pode estar relacionada à maior segurança técnica da bichectomia, ou seja, maior previsibilidade no seu prognóstico, uma vez que a remoção de estruturas semelhantes apresenta chances reais de manutenção da simetria facial.

Já a análise da correlação entre volume e peso do corpo adiposo e o IMC objetivou investigar se há correspondência das dimensões estruturais do corpo adiposo da bochecha com as medidas antropométricas (peso, altura e IMC) do indivíduo. Importante lembrar que o índice de massa corporal consiste em uma medida do peso de cada pessoa, sendo uma relação entre a massa da pessoa e a sua altura; é um cálculo utilizado para verificar o estado nutricional e observar se o indivíduo está dentro dos padrões de normalidade com relação ao seu peso e estatura. O resultado do cálculo do

IMC deve ser analisado de acordo com a classificação definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), válida somente para pessoas adultas. De acordo com essa classificação, o IMC para pessoas com peso adequado deve apresentar valores entre 18,5 e 25 kg/m². A investigação do presente estudo visou esclarecer se o indivíduo mais “pesado” teria essa estrutura anatômica volumosa e proporcionalmente mais pesada; em outras palavras, caso a hipótese de relação fosse confirmada, poderia trazer contribuições para a indicação mais criteriosa da técnica de bichectomia; isso porque, se o indivíduo com maior peso e IMC tivesse o corpo adiposo maior e mais volumoso, o encorajamento ao emagrecimento poderia ser uma medida terapêutica mais conservadora e com maior potencial de ganho para a saúde geral do indivíduo do que a própria indicação do procedimento cirúrgico. No entanto, as referidas correlações não foram constatadas, o que significou que não houve correlação do peso e volume do corpo adiposo com o peso, altura e IMC. A busca pela sedimentação científica desse dado foi realizada, onde foi encontrada evidência semelhante de TIDEMAN *et al.* (1986), mas a literatura não é vasta nesse quesito e os trabalhos encontrados estavam sempre relacionados ao uso do corpo adiposo da bochecha para recobrimento de defeitos, e não à bichectomia, em tempo que também não eram claros quanto à diferença entre os lados e mensuração do volume ou peso. Sendo assim, a partir dos resultados desta pesquisa, foi possível inferir que as dimensões anatômicas dessa estrutura independem do peso e altura do indivíduo, o que permite extrapolar que a indicação da bichectomia também independe disso.

Ambas as correlações das análises morfométricas e antropométricas supracitadas não apresentam precedentes na literatura científica, ou seja, não há nenhum estudo que tenha realizado essas investigações com finalidade estética. Por um lado, isso valoriza os presentes dados, que certamente contribuirão para o maior conhecimento do corpo adiposo da bochecha e, conseqüentemente, proverão diretrizes para a indicação mais racional da bichectomia, mas, por outro lado, impossibilita a comparação com evidências prévias que pudessem sedimentar tais achados.

Ainda considerando as dimensões do corpo adiposo da bochecha e as medidas antropométricas dos indivíduos, foi feita uma matriz de correlação linear considerando a idade dos voluntários; constatou-se que a idade também não apresentou correlação com as variáveis estudadas, ou seja, o peso e volume do corpo adiposo da bochecha parece

não sofrer variação com a idade. A literatura, de certa forma, apoia esse achado, uma vez que afirma que o corpo adiposo da bochecha é constante durante a vida, sendo considerada como um apêndice e não uma gordura visceral, além de não sofrer atrofia com a idade (HASSE 1994; KHIABANI *et al.*, 2014). Apesar disso essa afirmação não é consensual e no estudo de LOUKAS *et al.*, 2006, foi constatado que o volume do corpo adiposo da bochecha reduzia com a idade, principalmente em mulheres após 60 anos, fato observado também por STUZIN *et al.* 1990.

A análise das medidas faciais antes e após um período médio de 13 meses evidenciou não ter havido mudanças significativas dessas medidas. Esse é um dado muito importante para ser discutido, uma vez que proporciona uma reflexão sobre a real indicação da cirurgia de bichectomia. Quando o indivíduo se propõe a realizar o referido procedimento ele almeja obter medidas faciais harmônicas, com a melhora do contorno facial e projeção malar, seguindo o padrão de proporções descrito pela Máscara de Marquat (MARQUARDT 2002). De acordo com esse padrão, a existência de uma área de sombra na face, sombra esta ocasionada sobretudo, pela depressão da região compreendida entre o trágus e a asa do nariz favorece tal harmonia (COLLELA *et al.*, 2004; MARTIN-GRANIZO *et al.*, 1997; BAUMANN *et al.*, 2000; DEAN *et al.*, 2001; HANAZAWA *et al.*, 1995; RAPIDIS *et al.*, 2000; FLORES e LIZ 2014). Neste estudo não foi possível observar diferença na mencionada medida após a bichectomia (JACKSON 2003), mesmo com um período de reavaliação considerado suficiente para a remodelação tecidual e avaliação fidedigna do resultado cirúrgico. Nesse ensejo é imperativo ponderar sobre o ganho real que é possível se obter com a realização desse procedimento cirúrgico e a se de fato há previsibilidade no atendimento da expectativa do paciente; ainda nesse contexto, convém pontuar o nível de exigência cada vez maior dos pacientes frente aos serviços odontológicos, sobretudo no que se refere às demandas estéticas, agravado pelo fato da expectativa ser algo subjetivo e difícil de mensurar. Portanto, o simplismo e até mesmo banalização vistos atualmente nas indicações da bichectomia precisam ser reavaliadas diante do compromisso profissional com a entrega do resultado clínico e sob a ótica da judicialização crescente da Odontologia (OLIVEIRA *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2012; JACOMETTI *et al.*, 2017).

Embora não tenha sido objeto de estudo desse trabalho, uma outra consideração pertinente deve ser feita com relação à previsibilidade dos resultados

provenientes da bichectomia: a análise integral do biótipo facial; é possível e até provável que um paciente com biótipo rosto quadrado ou redondo não apresente um resultado estético tão satisfatório quanto o mesocefálico (JACKSON 2003), no qual já é inerente o equilíbrio da escala biométrica da face. Em outras palavras, o indivíduo braquicefálico, por já ter um rosto mais “redondo”, certamente não apresentará uma mudança tão expressiva após a remoção do corpo adiposo da bochecha; e se a extrapolação for ainda maior, surgem outros questionamentos associados: será que se esse reparo anatômico tiver dimensões reduzidas, fará realmente diferença? Ou seja: há de fato indicação cirúrgica? Dentro dessa discussão, a tomografia de face sem contraste ou a ultrassonografia pode ser pensada como um exame complementar do diagnóstico clínico que permitiria a visualização da localização e dimensão do corpo adiposo da bochecha (XIAO *et al.*, 1999; KAHN 2000; NAINI 2011, BANSAL *et al.*, 2015), no âmbito da pesquisa é possível que esse método fosse questionado por conta da exposição à radiação de todos os voluntários, mas pensando que poderia servir como recurso complementar para casos já com indicação clínica de bichectomia, a viabilidade poderia ser obtida. Outros métodos de medição podem incluir programas de escaneamento facial através de softwares (**BELLUS 3D 2019**) ou fotos padronizadas (DIAS *et al.*, 2017), porém ainda não há nenhum estudo científico publicado.

A investigação do questionário de satisfação do paciente remeteu novamente ao viés da expectativa do paciente. Ficou claro que a maior motivação do paciente para realizar o procedimento cirúrgico foi a sua autoanálise, ou seja, o que efetivamente lhe incomodava, a despeito inclusive da indicação profissional. Isso significa que a maioria dos pacientes buscou essa modalidade terapêutica sem certamente nenhum conhecimento aprofundado sobre informações técnicas (DIANA e CAROL 2014) como padrão facial ou previsibilidade de resultados; isso alicerça a premissa de que há realmente um simplismo e apelo cosméticos relacionados à bichectomia. Isso foi reforçado no segundo item do questionário, onde o grau de incômodo em relação às dimensões faciais foi significativo para a maioria dos pacientes; no entanto, cabe aqui a ponderação de que o paciente não tem o discernimento sobre o que é possível ou mesmo se é possível ser melhorado, o que significa dizer que se a cirurgia não tiver indicação para o seu caso específico, a frustração com o resultado certamente ocorrerá. Torna-se, portanto, imprescindível uma avaliação criteriosa do paciente e da indicação cirúrgica

bem como a investigação acurada sobre a sua expectativa, sendo papel do profissional esclarecer sobre seu biótipo facial e previsibilidade de resultados; cabe ainda pontuar que as indicações profissionais da remoção do corpo adiposo da bochecha, a despeito das indicações meramente estéticas, incluem: mordedura involuntária da mucosa jugal, remoção para utilização em fechamento de lesões ou comunicação bucossinusal. Ainda nesse ensejo, apesar do grau de incômodo com as dimensões faciais ter sido considerada relevante, a maioria dos pacientes não relatou que o contorno da face era um limitante social, ou seja, segundo eles, o contorno da face não estava relacionado às situações que envolvessem preconceito, restrição ou exclusão social. Esses últimos dados só reforçam que o paciente não tem a clareza sobre a indicação ou os resultados do procedimento de bichectomia, o que torna claro que o aspecto preponderante para a sua opção pela cirurgia é apenas o desejo de ficar mais belo, hipótese essa corroborada pelo resultado percentual reduzido da queixa funcional como fator motivador da procura pelo procedimento cirúrgico.

Ainda considerando o questionário de satisfação, na análise dos resultados após a cirurgia para remoção do corpo adiposo da bochecha, a maioria dos pacientes operados demonstrou satisfação com o resultado obtido. Esse é um dado interessante, uma vez que não foi constatada alteração significativa das medidas faciais, o que comprova o quão subjetivo e individual é a expectativa e o significado do sucesso. COHEN et al., (2017) reitera essa afirmação quando pontua que as características estéticas para serem consideradas agradáveis e belas estão dentro de um contexto relativo, pois dependem da opinião particular de cada indivíduo. Isso foi corroborado pelo reduzido percentual de satisfação familiar, ou seja, o que para o paciente pode ter sido um resultado dentro do esperado, para a família não fez diferença com a mesma proporção; no entanto é cabível pontuar que os resultados deste trabalho evidenciaram que tanto a satisfação pessoal do paciente quanto a da sua família (mesmo que não tendo sido uma diferença claramente percebida por ela) realmente importam. Tais achados reforçam o quanto é delicado lidar com expectativas e, felizmente, nesse estudo os pacientes mostraram-se satisfeitos; porém, com a limitação do conhecimento sobre as dimensões do corpo adiposo e resultados provenientes da bichectomia, constata-se a necessidade imperativa de buscar recursos mais precisos e indicar de forma criteriosa esse procedimento. A análise de regressão múltipla reiterou que os fatores que de fato

importaram para a satisfação do paciente foram a satisfação familiar e o resultado condizente com o esperado.

A frequência de complicações pós-operatórias vistas nesse estudo também requerem uma reflexão. Com a remoção rotineira do corpo adiposo da bochecha com finalidade estética, tem-se divulgado amplamente que se trata de um procedimento simples, rápido, e de fácil execução (MATARASSO 2006; THOMAS 2012; AHARI *et al.*, 2016; STEVÃO 2015).

Os resultados obtidos nesse trabalho mostraram que, apesar de ser um procedimento de pequeno porte, está associado a complicações pós-operatórias no período de 7 dias após o procedimento, por vezes limitantes e desconfortáveis, a exemplo do edema, trismo e assimetria facial, que apresentaram percentuais de 58%, 40% e 43%, respectivamente. É prudente que isso seja esclarecido para o paciente, sobretudo porque o que é divulgado na mídia é que se trata de um procedimento praticamente inócuo e isso não se confirma na prática. Quanto à sintomatologia dolorosa no pós-operatório, essa foi considerada em média como leve, mas convém considerar que essa dor ocorreu apesar dos pacientes terem sido medicados com analgésico e anti-inflamatório, ou seja, apesar da terapêutica medicamentosa ter sido efetivamente instituída e, ainda assim, o paciente relatou dor. Soma-se a esses achados o fato de todas as cirurgias terem sido realizadas por um mesmo cirurgião com 25 anos de experiência clínica na área de Cirurgia Bucomaxilofacial e, portanto, com curva de aprendizagem bastante satisfatória; isso pressupõe que o trauma e, conseqüentemente, os sinais e sintomas pós-operatórios vistos nesse estudo certamente apresentariam resultados melhores se comparados a cirurgias de bichectomia realizada por principiantes, como é visto amplamente no mercado odontológico. Ainda importante pontuar que, embora não tenham sido vistas nesse trabalho, complicações como lesão do nervo facial e ducto de Stensen também são relatadas na literatura e devem ser consideradas como complicações possíveis (COHEN *et al.*, 2017).

Por fim, é válido pontuar a perda de amostra vista neste estudo após a realização do procedimento cirúrgico, que totalizou a perda de 22 para a avaliação do questionário de satisfação e 37 para a análise das medidas faciais. É reconhecida que a perda amostral é de ocorrência frequente em pesquisas clínicas (MIOT 2011; KARA-JUNIOR 2014), mas pode reduzir a relevância dos dados obtidos. No caso específico desse

estudo, pelo fato da literatura ser escassa no que tange às pesquisas clínicas envolvendo o corpo adiposo da bochecha e a cirurgia para remoção deste, os dados por si só revelam a sua contribuição científica. Em se tratando do tipo específico de procedimento cirúrgico executado, a bichectomia, acredita-se que por ter finalidade funcional, porém por atuar também como melhora estética, tenha contribuído para o não retorno para a reavaliação, uma vez que o paciente já estando satisfeito com o resultado obtido, não se dispunha a retornar para a realização de medidas faciais ou mesmo responder ao questionário de satisfação. Diante disso, faz-se necessário pontuar a necessidade de enfatizar para o paciente, já no momento de assinatura do TCLE a importância da sua participação durante toda a pesquisa (“compliance”) bem como buscar estratégias para envolvê-lo e motivá-lo quanto à sua adesão a todas as etapas visando o cumprimento do objetivo científico.

A partir da exposição de todos esses achados, ficou clara a quantidade de pontos a serem esclarecidos sobre o corpo adiposo da bochecha bem como sobre a cirurgia para sua remoção com finalidade estética. Nesse contexto é válido pontuar que o presente trabalho foi delineado inicialmente com um objetivo direcionado para a avaliação anatômica do corpo adiposo da bochecha e acabou sendo desdobrado diante dos vários aspectos (dimensionais, clínicos, cirúrgicos e inclusive psicológicos) que assumem grande importância nas decisões, mas ainda não foram elucidados cientificamente. O que é visto na literatura é exatamente o contrário: há uma enorme lacuna nesse conhecimento, o que significa que há um campo aberto para pesquisas e, nesse sentido, é plausível reconhecer que os dados encontrados nesse trabalho, que consistiu em estudo prospectivo de uma série de casos, certamente servirão de base e motivação para estudos subsequentes. Nesse contexto, é responsável pontuar que, a despeito da escassez de informações científicas acerca do conhecimento aprofundado do corpo adiposo da bochecha e da indicação da sua remoção por razões estéticas, há um claro movimento social em busca de um padrão de beleza ideal, estereotipado e por vezes excessivo, onde a bichectomia entra no “pacote de perfeição” e nos exageros vistos no campo da harmonização facial, que envolve também os preenchimentos e uso de toxina botulínica. É necessário que a classe odontológica reflita sobre o seu papel ético, que direcione que a sua conduta deve estar embasada em conhecimento técnico e esse deve sempre se sobrepor à exigência social ou aos interesses meramente financeiros.

5 CONCLUSÕES

As dimensões peso e volume do corpo adiposo da bochecha não apresentaram correlação significativa com as variáveis antropométricas peso, altura e índice de massa corporal;

Não houve diferença significativa das medidas faciais analisadas após a cirurgia de bichectomia;

A avaliação do perfil de satisfação dos pacientes exibiu uma tendência à indicação motivada por fatores estéticos de percepção individual e obtenção de resultados condizentes com a expectativa pessoal;

6 BIBLIOGRAFIA

AHARI, U. Z.; ESLAMI, H.; FALSAFI P.; BAHRAMIAN, A.; MALEKI, S. The buccal fat pad: importance and function. *Journal of Dental and Medical Sciences*, v.15, n.6, p.79-81, 2016.

ALKAN, A.; DOLAMMAZ, D.; UZUN, E.; ERDEM, E. The reconstruction of oral defects with buccal fat pad. *Swiss Med WKLY*, v.133, p.465-70, 2003.

ALLAIS, M.; MAURETTE, P. E.; CORTEZ, A. L. V.; FILHO, J. R. L.; MAZZONETTO, R. Retalho de corpo adiposo bucal para fechamento de comunicação buccossinusal. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v.74, n.5, p.799, 2008.

ARCE, K. Buccal fat pad in maxillary reconstruction. *Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin.*, v.15, p. 23–32, 2007.

BANSAL, V.; BANSAL, A.; MOWAR, A.; GUPTA, S. Ultrasonography for the volumetric analysis of the buccal fat pad as an interposition material for the. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v.53, p.820–825, 2015

BAUMANN, A.; EWERS, R. Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.58, p. 389–392, 2000

BELLUS 3D. Disponível em: -<https://www.bellus3d.com/>. Acesso em: 17 março 2019.

BERNARDINO-JÚNIOR, R.; SOUSA, G. C.; LIZARDO, F. B.; BONTEMPO, D. B.; GUIMARAES, P. P.; MACEDO, J. H. Corpo adiposo da bochecha um caso de variação anatômica. *Biosci. J. Uberlândia, Oct.Dec.*, v.24, n.4, p.108-13, 2008.

BICHAT F. Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. In: *Organisation du système cellulaire*. Paris: Brosson Gabon and Cie, p.44–63, 1802.

CALVET, M. V. B.; CASTRO, B. R. A.; AGOSTINHO, C. N. I. F.; BASTOS, E. G. Fechamento de comunicação buco-antral com bola adiposa de Bichat - revisão de literatura e relato de caso. *Rev. Cienc. Saúde. São Luís.*, v.16, n.2, p.106-11, 2014.

CAMARINI, E. T.; KAMEI, N.C.; FARAH, G.J.; DANIEL, A.N.; JACOB, R.J.; BENTO, L.A. Utilização do corpo adiposo bucal para fechamento de comunicação buccossinusal associado a enucleação de cisto residual. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, v.7, n.3, p.23-30, 2007.

CARBONELL, A.; SALAVERT, A.; PLANAS, J. Resection of the Buccal Fat Pad in the Treatment of Hypertrophy of the Masseter Muscle. *Aesth. Plast. Surg.*, v.15, p.219-222, 1991.

CHAKRABARTI, J.; TEKRIWAL, R.; GANGULI, A.; GHOSH, 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.

CHEREKAEV, V. A.; GOLBIN, D. A.; BELOV, A. I. Translocated pedicled buccal fat pad - closure of anterior and middle skull base defects after tumor resection. *The Journal of craniofacial surgery*, v.23, n.1, p.98-104, 2012

COHEN, S. R.; FIREMAN, E.; HEWETT, S.; SAAD, A. Buccal fat pad augmentation for facial rejuvenation. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.139, p.1273e-1276e, 2017.

COLELLA, G.; TARTATO, G.P.; GIUDICE, A. The buccal fat pad in oral reconstruction. *The British Association of Plastic Surgeons*, v.57, p.326-329, 2004.

COMPTON, M. T.; BRUDNO, J.; KRYDA, A. D.; BOLLINI, A. M.; WALKER, E. F. *Facial measurement differences between patients with schizophrenia and non-psychiatric controls.* *Schizophrenia Research*, v.93, n.1-3, p.245-252, 2007.

D'ALESSANDRO, S; CHITTY, B. Real or relevant beauty? Body shape and endorser effects on brand attitude and body image. *Psychology and Marketing*, v.28, n.8,p. 843–878, 2011

DE FARIAS, J. G.; CANCIO, A. V.; BARROS, L. F. 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

DEAN, A.; ALAMILLOS, F.; GARCIA-LOPEZ, A.; SANCHEZ, J.; PENALBA, M. The buccal fat pad flap in oral reconstruction, *Head and Neck*, v.23, p.383-388, 2001.

DIANA, Q. P. G.; CAROL, L. L. Cirurgia estetica de mejillas. *Rev Act Clin.*, v.48, p.2538-2541, 2014.

DIAS, N. M. Z.; JUNG P.A.; DE OLIVEIRA, E. C. A importância da padronização dos registros fotográficos da face. *Revista de Iniciação Científica, Saúde e Bem-estar*, v.6, n.5, p.31-43, 2017.

DUARTE, L. F. M, ALONSO, K.; BASSO, E. C.; DIB, L. L. Surgical Treatment of Bisphosphonate- Related Osteonecrosis of the Jaws with the Use of Buccal Fat Pad- Case Report. *Braz Dent J*, v.26, n.3, p.317-320, 2015.

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

FAGAN J.; Buccal fat pad flap. Open access atlas of otolaryngology, head & neck operative surgery. 2014. Disponível em: <http://www.entdev.uct.ac.za/>. Acesso em 20 março 2019.

FILHO, R. O. V.; GIOVANELLA, F.; KARSBURG, R. M.; TORRIANI, M. A.; Oroantral communication closure using a peddled buccal fat pad graft. *Rev. odonto ciências*, v.25, n.1, p.100-103, 2010.

FLORES, T. V.; LIZ, P. M. C. Lifting facial. *Revista de actualizacion clinica*, v.48, p.2529-2532, 2014

FUJIMURA, N.; NAGURA, H.; ENOMOTO, s. Grafting of the Buccal Fat. *J. Cranio-Max.-Fac. Surg.*, v.18, p. 219-222, 1990.

GAUGHRAN , G. R. L. Fasciae of the masticator space, *Anat. Rec.*, v.129, p.383-399, 1957.

GABA, S.; SHARMA, R. K.; RATTAN, V.; KHANDELWAL, N. The long-term fate of pedicled buccal fat pad used for interpositional arthoropasty in TMJ ankylosis. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, v.65, p.1468-1673, 2012.

GIERLOFF, M.; STOHRRING, C.; GASSLING, T. B. V.; ACIL, Y.; WILRFANG, J. Aging changes of the midfacial fat compartments - A computed tomographic study. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.129, p.263-273, 2012

HANAZAWA, Y.; ITOH, K.; MABASHI, T.; SATO, K. Closure of oroantral communications using a pedicled buccal fat pad graft. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v.53,n.7, p.771–775, 1995.

HANDLEY, M. A.; SCHILLINGER, D.; SHIBOSKI, S. Quasi-Experimental Designs in Practice-based Research Settings: Design and Implementation Considerations. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, v.24, n.5, p.589–596, 2011

HARARE, A.; ZARE, R. The use of buccal fat pad for oro-antral-communication closure. *Journal of Mashhad Dental School*, v.31, p.9-11, 2007.

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

HASSE, F. M.; LEMPERLE, G. Resection and augmentation of bichat's fat pad in facial contouring. *Eur J Plast Surg.*, v.17, p.239-42, 1994.

HWANG, K.; CHO, H. J.; BATTUVSHIN, D.; CHUNG, H.; HWANG, S. H. Interrelated buccal fat pad with facial buccal branches and parotid duct. *The Journal of Craniofacial Surgery*, v.16, n.4, p.658-660, 2005.

JACOMETTI, V.; COLTRI, M. V.; SANTOS, T. S.; ALVES DA SILVA, R. H. Procedimento de bichectomia: uma discussão sobre os aspectos éticos e legais em odontologia, *Rev Bras Cir Plástica, Artigo Especial*, v.32, n.4, 2017

JACKSON, I. T. Buccal fat pad removal. *Aesthetic Surg J.*, v.23, p.484-485, 2003.

JONG-KOOK, H. Masseter muscle reduction procedure with radiofrequency coagulation. *J Oral Maxillofac Surg.*, v.67, p.457-463, 2009.

KAHN, J. L.; WOLFRAM-GABEL, R.; BOURJAT, P. Anatomy and imaging of the deep fat of the face. *Clin. Anat.*, v.13,p.373-382, 2000.

KARA-JUNIOR, N. Definição da população e randomização da amostra em estudos clínicos. *Rev Bras Oftalmol.*, v.73, n.2, p.67-68, 2014.

KENNEDY, B. D. Suction assisted lipectomy of the face and neck. *J Oral Maxillofac Surg.*, v.46, p.546-558, 1988.

KHIABANI, K.; KEYHAN, S. O.; VAREDI, P.; HEMMAT, S.; RAZMDIDEH, R.; HOSEINI, E. Buccal fat pad lifting - An alternative pen technique for malar augmentation. *J Oral Maxillofac Surg.*, v.72, p.403.e1-403.e15, 2014.

KHOJASTEH, A. SADEGHI, N. Application of buccal fat pad-derived stem cells in combination with autogenous iliac bone graft in the treatment of maxillo-mandibular atrophy. a preliminary human study. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.45, n. 864–871, 2016.

KIM, J. T.; HO, S. Y. M.; HWANG, J. H.; SUNG, K. Y. Efficacy of the buccal fat pad graft in facial reconstruction and aesthetic augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v.133, n.1, p.83e-85e, 2014

KIM, M. K.; HAN, W.; KIM, S. G. The use of buccal fat pad for oral reconstruction. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery*, v.39, n.5, p.2-9, 2017.

LIMA, R. B. W.; MOREIRA, V. G.; CARDOSO, ;A. M. R.; NUNES, F. M. R.; RABELLO, P. M.; SANTIAGO, B. M. Levantamento das Jurisprudências de Processos de Responsabilidade Civil Contra Cirurgiões-Dentistas nos Tribunais de Justiça Brasileiros *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.16, n.1, p.49-58, 2012

LOUKAS, M.; KAPOS, T.; LOUIS JR, R. G.; WARTMAN, C.; JONES, A.; HALLNER, B. Gross anatomical, CT and MRI analyses of the buccal fat pad with special emphasis on volumetric variations. *Surg Radiol Anat.*, v.28, n.254-60, 2006.

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

MARQUARDT, S. R., On the golden decagon and human facial beauty. *JCO Interviews*, v.XXXVI, n.6, p.339:347, 2002.

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. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v.135, p.81-84, 1997

MATARASSO, A. Managing the buccal fat pad. *Aesthetic Surg J.* v.26, p.330-336, 2006.

MIOT, H. A. Sample size in clinical and experimental trials. *Vasc. Bras.*, v.10, n.4, 275-278, 2011

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. Oral Maxillofac. Surg.*, v.11, n.2, p.128–131, 2012.

NABIL, S.; RAMLI, R. The use of buccal fat pad flap in the treatment of osteoradionecrosis. *Int J Oral Maxillofac Surg.*, v.41, p.1422-1426, 2012.

NAINI, Farhard. B., *Facial Aesthetics, concept & clinical diagnosis.* Oxford, Wiley-blackwell, 2011. 456p.

NEDER, A. Use of buccal fat pad for grafts. *Oral Surg.*, v.55, n.4, p.349-350, 1983.

OLIVEIRA, C. M. L.; BEZERRA, E. S. M.; LOBATO, I. H; NOBRE, R. M; MACHADO, S. M.; BARROSO, R. F. Processos movidos contra cirurgiões-dentistas no Conselho Regional de Odontologia - seção Pará - nos últimos sete anos. *Saúde, Ética & Justiça.* v.15, n.2, p.46-52, 2010.

POGREL, M. A.; SCHMIDT, B.; AMMAR, A. The relationship of the buccal branch of the facial nerve to the parotid duct. *J. Oral Maxillofac Surg.*, v.54, p.71-73, 1996.

RADLKLOSKI, R. J.; WESKER, K. H, *A face atlas ilustrado de anatomia clinica,* 2. ed., São Paulo, Quintessence, 2016. 367 p.

RAPIDIS, A. D.; ALEXANDRIDIS, C. A.; ELEFTHERIADIS, E.; ANGELOPOULOS, A. P. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects. *J Oral Maxillofac Surg.*, v.58, p.158-163, 2000.

RATTAN, V. A simple technique for use of buccal pad of fat in temporomandibular joint reconstruction. *J Oral Maxillofac Surg.*, v.64, n.1, p.1447-1451, 2006.

SAKLAD, M. Grading of patients for surgical procedures. *Anesthesiology*, v.2, n.3, p.281-284, 1941

SAMMAN, N.; CHEUNG, L. K.; TIDERNAN, H. The buccal fat pad in oral reconstruction. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.22, p. 2-6, 1993.

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

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

SINGH, J.; PRASAD, K.; LALITHA, R. M.; RANGANATH, K. Buccal fat pad 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.110, n.6, p.698-705, 2010.

SINGH, V.; BHANGOL, A.; KUMAR, I.; DHINGRA, R. Application of the buccal fat pad in oral and maxillofacial reconstruction - Review of 35 cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine and Pathology*, v.24, p.27-31, 2012.

STEVÃO, E. L. L. Bichectomy or bichatectomy - a small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. *Adv Dent and Oral Health*, v.1, n.1, p.1-4, 2015.

STREHLAU, V. I, CLARO, D. P.; LABAN NETO, S. A. A vaidade impulsiona o consumo de cosméticos e de procedimentos estéticos cirúrgicos nas mulheres? Uma investigação exploratória. *R. Adm.*, v.50, n.1, p.73-88, 2015.

STUZIN, J.M.; WAGSTROM, L.; KAWAMOTO, H. K.; BAKER, T. J.; WOLFE, A. The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v.85, n.1, p.29-37, 1990.

TAPIA, A.; RUIZ-DE-ERENCHUN, R.; RENGIFO, M. Combined approach for facial contour restoration - treatment of malar and cheek areas during rhytidectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v.118, n.2, p.491-497, 2006.

THOMAS, M. K.; DSILVA, J. A.; BOROLE, A. J. Facial sculpting comprehensive approach for aesthetic correction of round face. *Indian J Plast Surg.*, v.45, p.122-127, 2012.

THIESE, M. S. Observational and interventional study design types; an overview. *Biochemia Medica*, v.24, n.2, p.199-210, 2014.

TIDEMAN, H.; BOSANQUET, A.; SCOTT, J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. *J Oral Maxillofac Surg.*, v.44, p.435-440, 1986.

TOSHIHIRO, Y.; NARIAI, Y.; TAKAMURA, Y.; YOSHIMURA, H.; TOBITA, T.; YOSHINO, A.; TATSUMI, H.; TSUNEMATSU, K.; OHBA, S.; KONDO, S.; YANAI, C.; ISHIBASHI, H.; SEKINE, J. Applicability of buccal fat pad grafting for oral reconstruction. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.42, p.604–610, 2013.

TOSTEVIN, P. M. J.; ELLIS, H. The buccal pad of fat - review. *Clinical Anatomy*, v.8, p.403-406, 1995.

VISSCHER, S. H.; VAN MINNEN, B.; BOS, R. R. M. Closure of oroantral communications - a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.*, v.68, p.1384-1391, 2010.

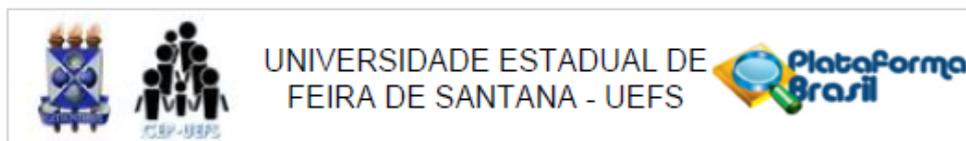
XIAO, H.; BAYRAMICLI, M.; JACKSON, I. T. Volumetric analysis of the buccal fat pad. *Eur J Plast Surg.*, v.22, p.177-181, 1999

YESHASWINI, T.; JOSEPH, T. Pedicled BFP for closure of oro-antral fistula revisited. *J Maxillofac Oral Surg.*, v.8, n.2, p.134–136, 2009.

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

7 ANEXOS

ANEXO 1 – COMITÊ DE ÉTICA PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mudança do perfil facial após Bichectomia

Pesquisador: Eduardo Azoubel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83811817.1.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.703.718

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa vinculado ao Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) de autoria do Prof. Eduardo Azoubel com a colaboração de Maria Cecília Fonsêca Azoubel, Neiana Carolina Rios Ribeiro e Caroline Oliveira dos Santos Freitas.

O autor aborda que: "O corpo adiposo da bochecha, muito conhecido como bola de Bichat, uma massa esférica de gordura encapsulada localizada entre os músculos bucinador e masseter. Tem função mecânica, que serve como um coxim para facilitar movimentos musculares, de sucção e mastigação. Ainda que se encontrem presentes em todas as pessoas, estes depósitos graxos variam por sua exagerada ou deficiente presença, criando um contorno facial desarmônico. Entre as técnicas mais praticadas na atualidade para correção do formato arredondado da face está a Bichectomia, que permite a excisão total ou parcial da bola de gordura de Bichat. O presente estudo propõe-se a mensurar milimetricamente a mudança que o procedimento oferece ao perfil facial do paciente utilizando-se de aferições antropométricas de 05 pontos faciais em 03 tempos clínicos distintos, e o quanto a mudança alcançada satisfaz o paciente" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

Quanto aos aspectos metodológicos: propõe estudo observacional analítico prospectivo, que será realizado "com todos os pacientes que se submeterão a excisão da bola de Bichat no Instituto

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-480
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.703.718

Prime de Ensino Personalizado localizado na R. Barão de Lorêto, 59 - Graça, Salvador - BA, 40150-270" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03-04).

Apresenta como critérios de exclusão: "... menores de 18 anos, que alegarem não concordância e não assinatura do termo de consentimento pós-esclarecimento, os incapazes de compreender o questionário e /ou respondê-lo e os que apresentem alguma comorbidade que contraindique a intervenção cirúrgica" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 04).

Serão utilizados como instrumentos de coleta de dados "registro fotográfico e antropométrico em três tempos clínicos: pré-operatório, imediatamente pós-operatório e após 6 meses da data" (projeto completo p.3) e questionário de satisfação. No projeto consta detalhadamente as posições do participante durante os registros fotográficos. A análise dos dados será feita com o auxílio do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 17.0.

Apresenta cronograma com coleta de dados no período de 16 de junho a 23 de junho de 2018 e orçamento estimado em R\$ 659,30, com contrapartida da instituição proponente (UEFS).

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: "Mensurar a mudança de padrão facial após a bichectomia" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto completo, p. 02).

SECUNDÁRIO: "Avaliar o grau de satisfação do paciente após o procedimento" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto completo, p. 02).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: "Não há nenhum transtorno que qualquer outro procedimento invasivo possa oferecer. Poderá ocorrer algum desconforto psicológico do voluntário com as aferições de peso e altura ou algum questionamento da ficha de satisfação, no entanto, o indivíduo pode negar-se a tal procedimento" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 04).

"Este trabalho não representa riscos relevantes ao indivíduo por ser uma pesquisa que tem o objetivo medições antropométricas faciais, não há nenhum transtorno que qualquer outro procedimento invasivo possa oferecer. Poderá ocorrer algum desconforto psicológico do voluntário com as aferições de peso e altura ou algum questionamento da ficha de satisfação, no entanto, você pode negar-se a tal procedimento" (TCLE/Participante).

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.703.718

"Caso sinta-se constrangido ou desconfortável com a calibração, pode desistir e encerrar a qualquer momento sem se desculpar, você tem o direito de desistir de participar a qualquer momento" (TCLE/Calibração).

BENEFÍCIOS: "Identificar objetivamente as mudanças faciais que o procedimento cirúrgico escolhido proporcionou." (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 04).

"Os resultados deste estudo poderão ajudar profissionais da saúde e você, participante da pesquisa, a identificarem objetivamente por medidas e registros fotográficos a mudança de perfil facial que a Bichectomia proporcionou e F- seus resultados podem ser conferidos por você, se assim desejar, durante o último tempo clínico." (TCLE/Participante).

"Espera-se alcançar o objetivo de analisar a mudança facial proporcionada pela Bichectomia e o quanto tal procedimento atenderá às expectativas da população de estudo. Trata-se de uma metodologia inovadora em uma área recente e com poucas evidências científicas na Odontologia e na Medicina, desta forma, almeja-se alguma relevância científica para estudos maiores e mais conclusivos" (Projeto completo, p. 05).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

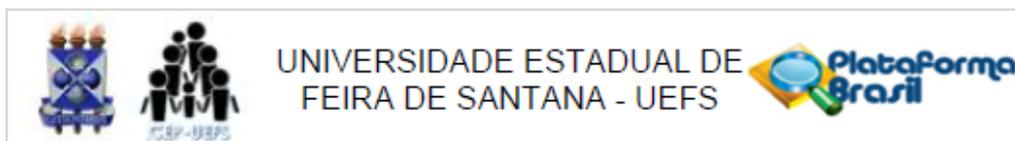
Trata-se de um projeto de pesquisa de caráter relevante, viável no que refere aos aspectos éticos da pesquisa, atendendo às exigências da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo, atendendo às exigências da Resolução 466/12. Foram anexados os seguintes documentos:

- 1) Folha de Rosto assinada pela profª Drª Silvia da Silva Santos Passos do Departamento de Saúde;
- 2) Projeto completo;
- 3) Apresenta autorização do Instituto Prime em Salvador assinada por Prof. Dr. Tiago Cunha (coordenador científico) e Prof. Dr. Eduardo Oliva (coordenador acadêmico).
- 4) No protocolo existe uma declaração de comprometimento com as resoluções 466/2012 e 510/2016 com assinatura dos pesquisadores responsável e colaboradoras.
- 5) O questionário preservando a garantia de sigilo e anonimato;

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.703.718

- 6) Declaração de infraestrutura/contrapartida da instituição proponente;
 7) Os TCLEs com os ajustes para atender ao preconizado pelas Resolução 466/2012.

Recomendações:

Recomenda-se ajustar o espaço entrelinhas e as margens para que o texto do TCLE caiba em apenas uma lauda. Caso não seja possível, recomenda-se impressão frente e verso, com as páginas numeradas e espaço para colheita das assinaturas em todas as páginas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO

Após o atendimento das pendências, o projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	contrapartida_Eduardo.pdf	10/06/2018 16:50:17	JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/06/2018 19:19:08	JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_calibracao.docx	06/06/2018 19:18:47	JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO	Aceito
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	16/05/2018		Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.703.718

Básicas do Projeto	ETO_987379.pdf	15:55:24		Aceito
Outros	TCLEmodificado.pdf	16/05/2018 15:54:52	Eduardo Azoubel	Aceito
Outros	TCLCalibracao.docx	16/05/2018 15:48:45	Eduardo Azoubel	Aceito
Outros	PENDENCIASRELATORIOS.pdf	16/05/2018 15:48:17	Eduardo Azoubel	Aceito
Outros	DECLARACAO.pdf	16/05/2018 15:47:59	Eduardo Azoubel	Aceito
Outros	PlataformaBrasilprojeto.pdf	16/05/2018 15:47:30	Eduardo Azoubel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodecomprometimento.pdf	18/04/2018 16:31:44	Eduardo Azoubel	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/04/2018 16:29:30	Eduardo Azoubel	Aceito
Cronograma	cronogramaedeclaracao.pdf	30/01/2018 12:36:27	Eduardo Azoubel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoprime.pdf	30/01/2018 12:30:36	Eduardo Azoubel	Aceito
Outros	Questionario.pdf	02/12/2017 10:18:33	Eduardo Azoubel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	02/12/2017 10:16:25	Eduardo Azoubel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/12/2017 10:11:28	Eduardo Azoubel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 10 de Junho de 2018

Assinado por:
JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3181-8124 E-mail: cep@uefs.br

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Professor Eduardo Azoubel, estou lhe convidando para participar da pesquisa científica, **sua colaboração será muito importante**. Antes de decidir, é necessário que entenda o motivo da realização deste estudo e no que ele consiste. Esta pesquisa tem a duração de 06 meses e objetiva avaliar a mudança de padrão facial após a bichectomia e o grau de satisfação do paciente após o procedimento. Este estudo se justifica pela busca de mais evidências que possam comprovar as variações de medidas faciais após 06 (seis) meses do ato cirúrgico, e se as mudanças corresponderam a expectativa do paciente. Os **resultados deste estudo** poderão ajudar profissionais da saúde e você, participante da pesquisa, a identificarem objetivamente por medidas e registros fotográficos a mudança de perfil facial que a Bichectomia proporcionou e F- seus resultados podem ser conferidos por você, se assim desejar, durante o último tempo clínico. Caso você concorde em participar da pesquisa, será avaliado clinicamente e fotograficamente antes, imediatamente após a cirurgia (bichectomia) e após 06 meses do ato cirúrgico. A avaliação compreenderá na medição de 05 medidas antropométricas faciais utilizando fio de sutura nylon 0.4 mm e 02 pinças clínicas: Trágus-Linha média mental, Trágus-Comissura labial, Trágus-Asa do nariz, Ângulo da mandíbula-Canto externo do olho, Trágus-Ângulo da mandíbula. O participante terá seu peso e altura mensurados. Tais itens avaliados serão anotados em fichas clínicas. No último tempo clínico (06 meses após o procedimento) você será convidado a responder um questionário de satisfação. Os dados obtidos serão arquivados pelo **pesquisador Prof. Eduardo Azoubel – UEFS, que é responsável por este estudo e serão utilizados em trabalhos científicos**. Todos os dados serão mantidos por 15 anos, neste período, você terá acesso se desejar, em seguida serão incinerados. Vale lembrar que durante a pesquisa, serão sempre respeitados os seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes serão assegurando. É importante esclarecer que você tem o **direito de desistir de participar** como voluntários a qualquer momento. Gostaríamos de lembrar que os nomes dos participantes não serão divulgados, ou seja, **a identidade de todos serão resguardados e mantidas em sigilo**, e se em algum momento do estudo houver constrangimento ou risco, o estudo poderá ser encerrado.

Ressalta-se ainda que, caso haja algum prejuízo por quaisquer danos decorrentes desse estudo, compensações estarão de acordo com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). **Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na Universidade Estadual de Feira de Santana E- (UEFS - Departamento de Saúde - KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA) de segunda a sexta-feira das 14 às 17:30 horas ou pelo telefone (75) 31618124 para prestar qualquer esclarecimento, caso precise de maiores informações.** Se você achar que foi bem informado (a) e quiser **participar voluntariamente** deste estudo, **permitindo que os resultados do mesmo sejam publicados (suas fotos terão tarja preta nos olhos, mantendo anonimato e sigilo).** Gostaríamos de pedir que **assine este documento** que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco. Desde já, reconhecemos a importância da sua participação neste estudo e agradecemos a colaboração, lembramos que estaremos à disposição para quaisquer esclarecimentos que deseje.

Feira de Santana-BA, ____ de _____ de 201

Assinatura Prof Eduardo Azoubel

Assinatura do participante

ANEXO 3 – FICHA CLÍNICA

Nome: _____ Nasc: _____ Idade: _____

Endereço _____ Tel: _____

:

Profissão: _____ Est. _____ Gênero: F () M ()

Civil: _____

Peso: _____ Tipo _____ Religião: _____ Cor: _____

Sanguíneo: _____

Encaminhado _____

por: _____

Queixa principal: _____

HISTÓRIA MÉDICO – ODONTOLÓGICA

Este questionário médico foi idealizado, tomando-se por base os critérios da Associação Americana de Anestesiologia (ASA), com o objetivo de oferecer-lhe um tratamento odontológico individualizado e seguro. Sua colaboração, prestando informações corretas e não omitindo dados, contribuirá para prevenir possíveis complicações que possam ocorrer durante o seu tratamento.

<i>Perguntas</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
1. Você esta sob acompanhamento médico? Qual?		
2. Você já teve um infarto?		
3. Você é portador de válvula cardíaca, prótese valvular ou articular ou tem alguma ligação artificial (shunt)?		
4. Você já foi submetido a alguma cirurgia?		
5. Você é hipertenso ("pressão alta")?		
6. Você tem palpitações cardíacas sem fazer esforços ou alguma insuficiência Cardíaca?		
8. Você tem asma?		
9. Você tem ou teve alguma ALERGIA ("coceira", "inchaço" ou "empolação") à medicação ou material médico (iodo, borracha, etc.)?		
10. Tem sinusite?		
11. Você tem hepatite?		
12. Você sofre de gastrite?		
13. Você tem problemas renais crônicos?		
14. Você é diabético ou tem história de diabetes na família?		
15. Você tem anemia?		

16. Você tem glaucoma?		
17. Você já teve sangramentos anormais?		
18. Você tem osteoporose?		
19. Você faz uso de drogas ilícitas?		
20. Você fuma?		
21. Você está grávida?		
22. Você está tomando alguma medicação agora? Especifique		

23. Você tem alguma informação sobre sua saúde que não foi perguntada e que gostaria de relatar?

Certifico que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidas no texto acima e me foram dadas explicações referentes a ele, e que todos os itens ou declarações foram preenchidos no momento. Declaro que os dados, inclusive cadastrais, por mim mencionados são verdadeiros. Comprometo-me a informar qualquer alteração no meu quadro de saúde atual. Concordo que o meu tratamento possa ser utilizado como material didático e/ou pesquisa sem a ocorrência de danos pessoais e sem revelar a minha identidade.

Salvador, ____/____/201

Assinatura (Paciente, pais ou responsável)

ANEXO 4 – ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Caro cliente, você foi submetido a uma cirurgia bucal, para o seu bem-estar tente seguir rigorosamente estas recomendações pós-operatórias, pois neste momento sua colaboração é e extrema importância para a sua recuperação.

1. MEDICAÇÕES E CUIDADOS GERAIS:

1.1 – Para evitar inchaço, você deve aplicar uma bolsa de gelo na área operada por apenas 24 horas, obedecendo a intervalos de 20 em 20 minutos. Lembramos que quanto mais vezes você realizar este procedimento, menor será o edema formado. Após este período usar compressa de água quente

1.2 – Utilizar apenas os medicamentos prescritos pelo profissional que realizou a cirurgia, em caso de dúvida consulte-o.

1.3 – Em caso de desconforto ou coceira pelo corpo, suspender a medicação e informar ao cirurgião o ocorrido.

2. DIETA

Deve ser líquida e gelada nas próximas 24 horas (NÃO USAR CANUDO), sendo sugerido para este período a ingestão de sorvete, sucos de frutas, iogurte, etc. Decorrido este período, deve-se iniciar uma dieta pastosa, nos próximos 7 dias, sendo sugerido para este período caldo de carne, purê de batata, sopas, etc. Após os 8 dias, dieta livre, evitando mastigar na área operada nos próximos 15 dias.

3. HIGIENE ORAL

Deve ser moderada na área operada e normal nas outras áreas, através de escovação dental, por isso não deixe de escovar os dentes. Contudo, bochechos não são recomendados nas primeiras 36 horas, pois eles podem acarretar a remoção do coágulo já formado. Após este período iniciar bochecho com Periogard, 2 vezes ao dia. Lembramos que a boa higiene é essencial para uma cura rápida e sem problemas, minimizando em muito o risco de infecção.

NÃO DEIXE DE ESCOVAR SEUS DENTES, MESMO EM CIMA DOS PONTOS

4. CONTROLE DA DOR

O desconforto e edema após uma cirurgia bucal é bastante frequente, variando de acordo com o tipo de cirurgia. Normalmente os analgésicos prescritos são efetivos. Evite tomar as medicações com o estômago vazio, a não ser que tenha sido orientado para isso. É importante não ingerir bebidas alcoólicas ou fumar por 72 horas. Porém em caso de dor intensa e incessante, entrar em contato imediato com o cirurgião.

5. CONTROLE DO SANGRAMENTO

Caso após a cirurgia haja um sangramento mais intenso (maior que o conteúdo de uma colher de sopa cheia), conserve uma compressa de gaze sobre o(s) local(is) operado(s) por 40 minutos. Se após este período o sangramento continuar, repita a manobra e de imediato contate com o cirurgião.

Contudo é importante salientar que após cirurgias bucais há um sangramento leve que normalmente é acompanhado de uma salivação mais intensa por 24 horas. Se considera hemorragia quando se cospe aproximadamente 1 colher das de sopa de sangue.

6. CUIDADOS GERAIS

Repouso absoluto nas próximas 24 h. Repouso relativo nos próximos 2 dias. Não realize esforços físicos em nenhuma hipótese nos próximos 7 dias.

7. CONTROLE

Retornar no dia marcado. Caso seja necessário um contato antes do dia marcado, o cliente deve avisar ao profissional e vice-versa.

ANEXO 5 - PERFIL DE SATISFAÇÃO

Nº	
----	--

Sexo:

Idade:

Altura:

Peso:

Queixa principal:

1. Quem indicou ou sugeriu o procedimento cirúrgico?

- () Auto análise
- () Percepção alheia (comentário de algum amigo ou pessoa próxima)
- () Indicação de algum profissional de saúde (dentista, médico..)

2. Qual era o seu grau de incômodo com sua queixa principal?

- () Nenhum () Pouco () Moderado () Muito
- () Completamente

3. Você acredita que a aparência que suas bochechas conferiam ao contorno de sua face limitava suas atividades sociais e/ou profissionais?

- () Nenhum () Pouco () Moderado () Muito
- () Completamente

4. O quanto o volume de suas bochechas interferia em sua função mastigatória?

- () Nada () Pouco () Moderado () Muito
- () Completamente

5. Qual o seu grau de satisfação com o resultado da Bichectomia?

- () Indiferente () Pouco () Moderado
- () Muito () Completamente

6. Qual o grau de satisfação de seus amigos e familiares com o resultado da Bichectomia?

- () Indiferente () Pouco () Moderado
- () Muito () Completamente

7. Você está confiante que o formato que a Bichectomia conferiu ao seu rosto é o melhor que poderia ser?

- Indiferente Pouco Moderado
 Muito Completamente

8. O resultado obtido foi próximo à sua expectativa?

- Indiferente Pouco Moderado
 Muito Completamente

ANEXO 6 – PROTOCOLOS MEDICAMENTOSOS

Quadro 1. PROTOCOLO MEDICAMENTOSO PRÉ-OPERATÓRIO

Medicamento	Dose (via oral)	Finalidade terapêutica	Momento de administração
Dexametasona	8 mg	Controle do edema	2 horas antes
Dipirona sódica	500 mg	Controle de dor leve	30 minutos antes

Quadro 2. PROTOCOLO MEDICAMENTOSO PÓS-OPERATÓRIO

Medicamento	Dose (via oral)	Finalidade terapêutica	Intervalo posológico
Dexametasona	8 mg	Controle do edema	24,48,72 horas após
Dipirona sódica	500 mg	Controle de dor leve	6/6 h (primeiras 24h) 6/6h – persistência dor
Fosfato de codeína + paracetamol	30 mg / 500 mg	Controle de dor intensa	4/ 4 h Se dor intensa
Clorexidina	10 mL / 1 minuto (*uso externo)	Controle local de infecção	12/12 h 7 dias
Amoxicilina	500 mg	Controle sistêmico de infecção	8/8 h 7 dias