

UNIVERSIDADE TIRADENTES

AMERINA MATOS LIMA

RAFAELA DANTAS SOUZA

BICHECTOMIA:
RELATO DE SÉRIE DE CASOS

Aracaju
2016

AMERINA MATOS LIMA

RAFAELA DANTAS SOUZA

BICHECTOMIA:
RELATO DE SÉRIE DE CASOS.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte
dos requisitos para obtenção do grau
de Bacharel em Odontologia.

THIAGO DE SANTANA SANTOS

Aracaju
2016

AMERINA MATOS LIMA
RAFAELA DANTAS SOUZA

BICHECTOMIA:
RELATO DE SÉRIE DE CASOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte
dos requisitos para obtenção do grau
de Bacharel em Odontologia

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Orientador: Thiago de Santana Santos

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

BICHECTOMIA: RELATO DE SÉRIE DE CASOS.

Rafaela Dantas Souza,^(a) Amerina Matos Lima, Thiago de Santana Santos^(b)

^(a) *Graduanda em Odontologia - Universidade Tiradentes;* ^(b) *Pós-doutorado em odontologia (UFS) - PhD em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial (USP) – Mestre em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial (UPE) – Especialista e residência em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial (Hosp. Univ. Oswaldo Cruz/CFO) – Especialista em Implantodontia (ABO-PE) e Odontologia Legal (USP). Professor das disciplinas de Patologia Oral e Maxilofacial, Anestesia, Terapêutica Medicamentosa e Emergência em Odontologia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Tiradentes (UNIT).*

Resumo

A Bichectomia é um procedimento que objetiva a remoção de parte do corpo adiposo de Bichat com objetivo de alteração do contorno facial. Sua remoção resulta em diminuição das bochechas e acentuamento dos zígomos. Apesar de ser uma técnica segura ao realizar-se através de acesso intraoral, pode apresentar complicações como hematoma, infecções, trismo, edema, dor lesão na glândula parótida e do nervo facial. O foco do presente trabalho foi relatar uma série de casos de pacientes tratados através da técnica de Bichectomia, avaliando parâmetros pré, trans e pós-operatórios. Um total de 10 pacientes foram incluídos no estudo, sendo todos do gênero feminino, idade média foi $24,8 \pm 5,15$ anos. A mordedura crônica da bochecha estava presente em 90% das pacientes, sendo a principal motivação funcional para submissão ao procedimento. No transoperatório foi obtida uma média de $3,32 \pm 0,82$ gramas de gordura removida. A complicação transoperatória que ocorreu foi a dor inesperada durante divulsão dos tecidos (necessitando de infiltração de mais anestésico local) em 4 casos. No pós-operatório houve infecção em 3 casos. Houve diferenças significantes para edema, dor e trismo ($p < 0,005$). Concluiu-se que é uma cirurgia estética com imprevisibilidade de resultados e com riscos de complicações locais, muitas vezes, graves. Na presente amostra, praticamente todos pacientes obtiveram resultados estéticos e/ou funcionais.

Palavras-chave: cirurgia plástica; procedimentos cirúrgicos orais; bola adiposa de Bichat.

Abstract

The bichectomy is a procedure that aims at the removal of part of the adipose body of Bichat with the purpose of altering the facial contour. Removal results in decreased cheekbones and zygoma accentuation. Although it is a safe technique when performed through intraoral access, it can present complications such as hematoma, infections, trismus, edema, pain lesion in the parotid gland and facial nerve. The focus of this work was to report a series of cases of patients treated through the Bichectomy technique, evaluating pre, trans and postoperative parameters. A total of 10 patients were included in the study, all of them female, mean age was 24.8 ± 5.15 years. Chronic cheek bite was present in 90% of the patients, being the main functional motivation for submission to the procedure. In the transoperative, an average of 3.32 ± 0.82 grams of fat was obtained. The transoperative complication that occurred was unexpected pain during tissue divulsion (requiring infiltration of more local anesthetic) in 4 cases. In the postoperative period there was infection in 3 cases. There were significant differences for edema, pain and trismus ($p < 0.005$). It was concluded that it is cosmetic surgery with unpredictable results and risks of local complications, often severe. In the present sample, practically all patients obtained aesthetic and / or functional results.

Keywords: plastic surgery; oral surgical procedures; Bichat's fat pad.

1. Introdução

Os seres humanos habitam em comunidade e sofrem grande influência devido a ligação com os demais indivíduos a sua volta e as relações

sociais em que estão inseridos. A imagem pessoal de cada indivíduo é um dos meios imprescindíveis para que ele se inclua em sua comunidade. É real a possibilidade de sentir-se excluído por ser desigual, o que se reflete em alterações psicológicas e na busca do aumento da auto-estima. Tais situações podem ocasionar certos descontroles, principalmente de saúde, possibilitando ao prejudicado a busca da execução do reparo anatômico que lhe julga essencial, em vista de que a beleza, desde sempre, é um componente significativo para se atingir um grau maior de felicidade. (DIANA; CAROL, 2014)

Além da qualidade de vida, as pessoas buscam uma aparência mais jovem. O rejuvenescimento facial é atualmente um dos campos da odontologia que atua de forma conjunta à medicina, especialmente nas áreas de Dermatologia e a Cirurgia Plástica. O dentista capacitado para harmonizar a face pode ir muito além do tratamento odontológico convencional, complementando-o. A cirurgia estética das bochechas é definida como um grupo de técnicas que foram evoluindo dentro da cirurgia facial, sendo a técnica da Bichectomia a mais utilizada, Este consiste na técnica da redução da bola de Bichat. (VICENTIN, 2016; DIANA; CAROL, 2014)

Existem vários outros tratamentos para diminuição da gordura localizada. Dentre eles, está a Ultracavitação, que é um recurso para remoção da gordura localizada, tendo sua eficácia baseada nos efeitos biofísicos causados por um sistema de ultrassom de baixa frequência. O procedimento pode ser realizado em um ambiente ambulatorial e sua natureza não invasiva garante resultados rápidos, indolores e sem os efeitos colaterais inerentes aos procedimentos invasivos. (SILVA; LANDIN; GONÇALVES, 2015)

Heister, foi o primeiro anatomista a descrever a bola de Bichat, porém não acreditava que era uma verdadeira bola de tecido gorduroso. Ele acreditava que era uma glândula, onde deu o nome de Glândula Molar, em 1732. Somente setenta anos depois, em 1802, o anatomista Marie François Xavier Bichat deu o seu sobrenome de Bichat, através de seu trabalho de anatomia geral, a esse corpo adiposo ou Bola de Gordura de Bichat. (NICOLICH; MONTENEGRO, 1997; STEVÃO, 2015)

A Bola de Gordura Bichat (BGB) está profundamente relacionada com os músculos da mastigação, notadamente, posicionada entre a região anterior do músculo masséter e bucinador, onde acomoda um espaço de atrição chamado Sissarose, fisiologicamente necessário durante o período de amamentação. Vincula-se também com o ramo bucal e zigomático do nervo facial, devendo-se ter muita cautela com o manejo cirúrgico para evitar uma paralisia facial. Outra relação fundamental é o ducto parotídeo que atravessa a superfície lateral da BGB quando este penetra na bochecha. A artéria e veia facial ascendente em um mesmo plano que a Bola de Bichat demarca o prolongamento de gordura da bochecha no paciente. Um pacote de gordura temporal superficial ganha suporte sanguíneo da artéria temporal média e ramo da artéria superficial. (NICOLICH; MONTENEGRO, 1997)

Durante a mastigação, a porção superior tem uma finalidade ímpar. Histologicamente funciona como uma gordura estrutural, em vez de acumulada e, assim, não é dependente de nutrição. Foi descrito que em caso de desnutrição extensa, essa gordura pode ser conservada. Ela diminui durante o estágio de desenvolvimento do indivíduo. No adulto, o seu peso e dimensões ficam estáveis com aproximadamente 9g não relacionado

com a altura e sexo do indivíduo. (LAMPERLE; HASSE, 1994)

O acesso para Bichectomia é realizado por meio de uma incisão, de aproximadamente 5 mm de comprimento, no tecido mole localizado no aspecto mais inferior e posterior do pilar zigomático tendo a prudência de visualizar o ducto parotídeo. A abertura é feita com uma dissecação romba e logo depois com uma tesoura fina ou uma hemostática para a bolsa de gordura, que está localizada sob o arco zigomático que se direciona para o aspecto mais anterior da bochecha. A porção da bolsa de Bichat é comprimida e removida através de uma hemostática longa e fina travada, inserida na região. Pouco a pouco a gordura é tracionada para fora com a ajuda de outra hemostática até que final da porção da gordura seja visualizada. Neste local o pedúnculo é cortado e a gordura livre, enfim, é removida. Além disso, pode-se utilizar de uma pequena ponta de aspiração na área e retirar qualquer parte de gordura deixada para trás. Porém, quando a gordura não é rompida, é possível remover toda a estrutura em apenas uma peça. Diversas vezes uma sutura simples e única é realizada para fechar a incisão e a cirurgia é concluída. (STEVÃO, 2015)

Como complicação maior poderá apresentar: hematoma, por algum coágulo em algum vaso ou falta de compressão externa no pós-operatório; abscesso, que poderá aparecer no segundo ou terceiro dia, efeito de uma contaminação da cavidade; trismo; além disso, ramo bucal e zigomático do nervo facial pode levar a paralisia do nervo facial. (NICOLICH; MONTENEGRO, 1997)

A paralisia do nervo facial e seus ramos bucais e zigomático, em caso de secção dos mesmos, é a seqüela mais dramática. O resultado de uma indevida incisão pode ocasionar um estreitamento do ducto parotídeo. Outra

seqüela é a assimetria facial ao extrair diferentes volumes da BGB ou complementar a esta técnica cirúrgica com uma lipoaspiração do acúmulo de gordura. (NICOLICH; MONTENEGRO, 1997)

As indicações clínicas em cirurgia estética para o procedimento da Bichectomia são: rosto arredondado; assimetria da face em tecido mole; zigoma proeminente; aumento da auto-estima; “morsicatio buccarum”; e como complementação de outras técnicas cirúrgicas estéticas. (STEVÃO, 2015)

As contraindicações são as mesmas de qualquer cirurgia eletiva, tais como: pacientes que fazem Radioterapia e/ou Quimioterapia; pacientes com infecções locais; cardiopatias severas; imunossupressão; coagulopatias nefropatia. (STEVÃO, 2015)

Devido ao fato do procedimento ter popularizado no País, especialmente após liberação do Conselho Federal de Odontologia para a realização pelos cirurgiões-dentistas (CFO, 2015), torna-se necessário o estudo mais aprofundado do tema.

2. Objetivo

Relatar uma série de casos de pacientes tratados através da técnica de Bichectomia, avaliando parâmetros pré, trans e pós-operatórios.

3. Pacientes e Métodos

Realizou-se um estudo clínico prospectivo do tipo série de casos, envolvendo 14 pacientes saudáveis (ASA I) de um consultório privativo entre Julho e Novembro de 2016.

Todos participantes não possuíam o hábito de fumar, desordens imunológicas ou contraindicações para cirurgia oral. Além disso, não faziam uso de medicações que não fossem as do presente estudo.

Foram coletadas as seguintes informações: idade, sexo, grupo étnico, motivo para realização da cirurgia, tipo de face (dólico, meso ou braquicefálico), presença de mordedura crônica da bochecha prévia, quantidade (média dos lados em gramas) de gordura removida, duração (minutos) do procedimento, tempo de acompanhamento e complicações trans e pós-operatórias. Além disso, dados sobre edema, dor e trismo foram coletados e descritos a seguir.

Houve um mesmo cirurgião e avaliador para as medidas clínicas comparativas; baseado em estudos prévios (SANTOS et al., 2011; SANTOS et al., 2013) para mensuração de edema, trismo e dor na cirurgia de terceiros molares inclusos, foi idealizado o método do presente estudo.

Com um fio dental e uma régua milimetrada, foi avaliado o edema e o trismo com um paquímetro digital. Para avaliação do edema, foi ainda utilizada uma caneta de marcação permanente na pele e no fio dental. Os pontos de marcação cutâneos foram ângulo da mandíbula, mento e tragus (Figura 1 e 2). O trismo foi avaliado analisando a distância entre a borda incisal dos incisivos centrais da maxila e mandíbula (Figura 3). Os períodos de avaliação do edema e trismo foram no sétimo dia após a cirurgia.



Figura 1. Mensuração através dos pontos marcados

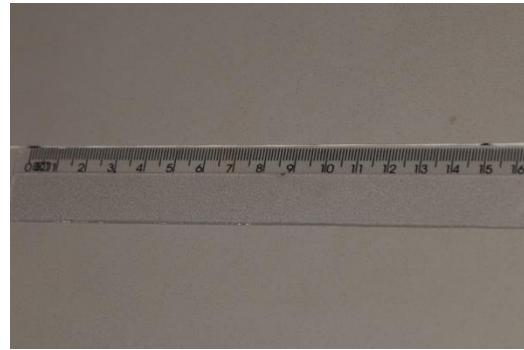


Figura 2. Régua milimetrada e fio dental marcado



Figura 3. Avaliação do trismo

A dor foi avaliada através de escala visual analógica (EVA) de 10 pontos em que a escala no nível zero significou ausência de dor e em dez representava uma dor insuportável. Os momentos de avaliação da dor foram às 4, 6, 8, 12, 24 e 48 horas. O paciente ainda relatava se foi necessária a utilização de medicação analgésica após o período de prescrição habitual.

O protocolo de tratamento medicamentoso foi de 1 mg de amoxicilina e 8 mg de dexametasona no pré-operatório, 1 hora antes da cirurgia. No pós-operatório foram utilizados etodolaco de 400 mg de 12 em 12 horas durante 3 dias e dipirona 500 mg de 6 em 6 horas durante 2 dias. No caso de ocorrência da dor após esse período de 72 horas, o paciente foi instruindo a utilizar a dipirona na mesma concentração.

A mesma técnica cirúrgica foi utilizada para todos pacientes. Após antisepsia intraoral com clorexidina 0,12% e extraoral com clorexidina 2%, os pacientes foram anestesiados com

lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000 através da técnica de bloqueio do nervo alveolar superior posterior e bloqueio de campo na mucosa jugal. Então, foi realizada uma incisão de rotina na mucosa jugal, traçando uma linha prévia vertical para saber a área do ducto da glândula parótida (Figura 4). Após, iniciou-se a divulsão romba havendo-se o cuidado para tentar expor o corpo adiposo de Bichat na sua extensão bucal com mínimo aprofundamento no acesso cirúrgico (Figura 5). Após exérese da gordura, procedeu-se à irrigação copiosa com 40 mL de solução salina fisiológica a 0,9%. A sutura foi realizada com fio 4-0 de poliglactina 910 (Vicryl, Ethicon, São José dos Campos, SP, Brasil). Por fim, a gordura removida era pesada em balança de precisão (Figura 6).

O tempo de cirurgia foi contado da incisão à sutura. Foram excluídos participantes que tiveram duração maior que uma hora. Ademais, quando a quantidade de anestésico local excedeu 6 tubetes (3 de cada lado) também houve exclusão).

Como orientações pós-operatórias, os pacientes fizeram uso de termoterapia (gelo nas primeiras 24h e compressas de água morna a partir do segundo dia), dieta líquida/pastosa fria ou gelada nos primeiros 3 dias e bochecho de clorexidina a 0,12% durante 7 dias (durante 1 minuto, 3 vezes ao dia).



Figura 4. Marcação da incisão



Figura 5. Porção da bola de Bichat sendo removida



Figura 6. Pesagem do espécime removido

Para análise dos dados obtidos foi utilizada estatística descritiva e analítica através do programa Systat (SigmaPlot versão 13.0, Witzhausen, HE, Alemanha). O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para avaliar a distribuição da amostra e determinar quando seria utilizado teste paramétrico (ANOVA one-way com pós-teste de Tukey) ou não-paramétrico (Kruskal-Wallis com pós-teste de Tukey). O índice de significância de 0,05 foi utilizado.

4. Resultados

Um total de 14 participantes foram operados, porém 4 excluídos da amostra, sendo 2 devido a duração da cirurgia maior que 60 minutos, um por infecção no terceiro dia de pós-operatório e um paciente devido ao uso de mais de 6 tubetes anestésicos. Logo, 10 pacientes permaneceram no estudo.

Todos pacientes foram do gênero feminino, a idade média foi $24,8 \pm 5,15$

anos, sendo quatro pacientes leucoderma enquanto 6 eram feodermas. Quanto ao tipo de face, 4 eram braquicefálicas, 3 mesocefálicas e 3 dolicocefálicas. A mordedura crônica da bochecha estava presente em 90% das pacientes, sendo a principal motivação funcional para submissão ao procedimento.

No transoperatório foi obtida uma média de $3,32 \pm 0,82$ gramas de gordura removida. Em nenhuma paciente houve uma diferença maior que 0,5 g de tecido removido entre os lados operados. O tempo médio de cirurgia foi de $50 \pm 9,15$ minutos.

O tempo de acompanhamento médio foi de $2,33 \pm 0,67$ meses. A complicação transoperatória que ocorreu foi a dor inesperada durante divulsão dos tecidos (necessitando de infiltração de mais anestésico local) em 4 casos. No pós-operatório houve infecção em 3 casos, constituindo 2 após o sétimo dia e um caso no terceiro dia após a cirurgia. Neste último, houve a necessidade de internamento hospitalar para tratamento adequado, pois a paciente evoluiu com celulite facial e limitação severa da abertura bucal. Em todos os casos houve graus variados de trismo e edema facial que na avaliação de 3 meses já haviam cessado.

A dor foi avaliada em diferentes momentos (4, 6, 8, 12, 24 e 48 horas), encontrando-se diferença significativa entre as notas de dor da EVA nestes períodos ($p=0,012$). A média de dor no total de todos tempos de avaliação foi de $3,11 \pm 0,33$. O pico da dor ocorreu no período de 4h após o procedimento (Figura 7). O consumo de analgésico após o período de uso prescrito das medicações foi observado em 40% dos pacientes.

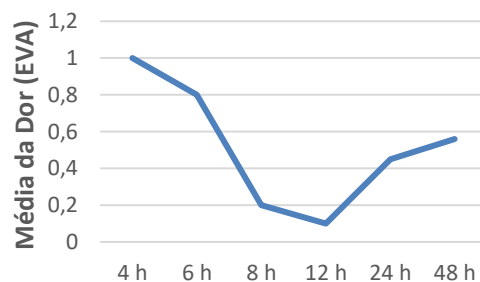


Figura 7. Intensidade da dor determinada pelas médias da Escala Visual Analógica da dor após a bichectomia

O edema foi avaliado nos períodos pré-operatório (baseline), 7 dias e 3 meses após a cirurgia. As distâncias trágus ao mento (pogônio mole - I) e do trágus ao ângulo mandibular (gônio - II) foram mensuradas em ambos os lados e realizada uma média para definir como resultado individual de cada paciente. As diferenças entre as medidas da distância I e II foram significantes ($p=0,008$; $p=0,008$). Na medida I só houve diferença entre os tempos de 7 dias e 3 meses. Por outro lado, a medida II mostrou diferença entre todos os períodos de avaliação.

O trismo foi avaliado pela média da abertura bucal nos períodos pré-operatório (baseline), 7 dias e 3 meses. As médias em milímetros para cada período foram de $38 \pm 3,8$; $22,3 \pm 4,3$; e $37 \pm 4,6$, respectivamente. Foi encontrado que houve diferença entre os períodos ($p<0,001$), especialmente entre pré-operatório e 7 dias, assim como 7 dias e 3 meses (Figura 8).

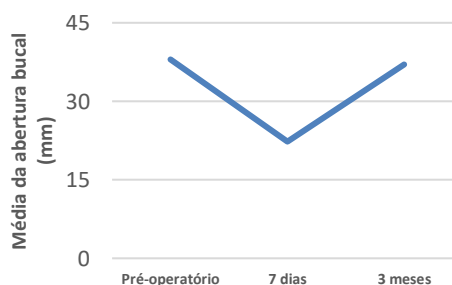


Figura 8. Máxima abertura interincisal em milímetros

5. Discussão

O presente estudo observou os achados clínicos trans e pós-operatórios de uma série de casos de pacientes submetidos à Bichectomia. Foi notado que não há estudos prévios similares e que são escassos artigos sobre o tema, sendo mais comum encontrá-los na literatura “cinza” e não em portais científicos consagrados como o Pubmed que não possui artigos na busca com a palavra “bichectomia” na língua inglesa na opção “clinical queries”.

É necessário avaliar os resultados deste procedimento, pois não se sabem em longo prazo os efeitos da remoção intencional de parte do corpo adiposo de Bichat. Sabe-se que se deve limitar a remoção para evitar o risco de seqüelas severas como paralisia do nervo facial e lesão da glândula parótida. (NICOLICH; MONTENEGRO, 1997; STEVÃO, 2005).

Uma quantidade acima de 3,3 gramas foi removida nesta série de casos, corroborando com o descrito por Hasse e Lemperle (1994), uma quantidade mínima de 3g é necessária para obtenção de resultados estéticos notáveis. Só casos extremos justificam a remoção de aproximadamente 5 g.

Em relação às variáveis analisadas, os parâmetros de avaliação do edema mostraram-se satisfatórios para mostrar redução do contorno facial. A dor foi bem controlada na pesquisa com menos de 50% dos pacientes necessitando de medicação analgésica de resgate, como também as notas de dor foram baixas. O trismo observado demonstrou que a amplitude de abertura bucal fica consideravelmente reduzida após a cirurgia, porém retorna a sua normalidade ao fim de 3 meses, de forma similar a remoção de terceiros molares inclusos. (SANTOS, et al., 2011).

Os procedimentos estéticos faciais têm aumentado contemporaneamente,

porém o preparo profissional muitas vezes está aquém do que seria possível para tratar o paciente, pois não se deve proceder à realização da Bichectomia sem relacionar os fatores etiológicos que motivaram o paciente a procurar o tratamento. Neste estudo foi observado que a mordedura crônica da mucosa jugal estava presente em quase todos os pacientes. Entretanto, alguns procuraram tratamento por causa da estética e não dessa limitação funcional que incomodavam alguns durante fala e mastigação.

Vale ressaltar que alguns pacientes devem ser encaminhados para o psicólogo antes do tratamento, pois conforme visto na literatura que versa sobre cirurgia ortognática, há casos de um nível de exigência estética acima do normal, motivada por perturbações psicopatológicas (CARVALHO, et al., 2012).

Além disso, o profissional deve saber que o tratamento da harmonização facial através da remoção da bola de Bichat é limitado, ilustrando melhores resultados para faces com zigomas projetados (THOMAS, et al., 2012). No presente trabalho, houve predominância de braquicefálicos em que a face é verticalmente menor que horizontalmente. Isso ilustra que o paciente deve ser avisado sobre a possibilidade de necessidade de outros procedimentos como cirurgia ortognática. E para aqueles pacientes de rosto arredondado e/ou hipertrofia de masseter, há opção não apenas de correção cirúrgica, como também da aplicação de toxina botulínica (THOMAS, et al., 2012).

Uma limitação do presente estudo é o tempo de acompanhamento, pois foi de apenas 3 meses e há relato de necessidade de 6 meses para resultado final, pois é quando há acomodação completa dos tecidos moles em relação ao edema instalado. (STEVÃO, 2015).

Dos pacientes da amostra, apenas uma relatou numa avaliação global não ter tido nenhuma melhora funcional ou estética. Provavelmente este resultado pode ser atribuído a pequena quantidade de gordura removida, pois foi a de menor quantidade de toda a amostra (média de 2,5 g bilateral). Por outro lado, numa análise subjetiva, 90% relataram melhora funcional e estética em diferentes graus do que era almejado em relação ao que foi obtido.

6. Conclusão

É uma cirurgia estética com imprevisibilidade de resultados e com riscos de complicações locais, muitas vezes, graves.

Praticamente todos os pacientes obtiveram resultados estéticos e/ou funcionais. Ademais, o presente trabalho encontrou alto índice de complicações.

1. CARVALHO, S. C.; MARTINS, E. J and BARBOSA, M. R. Variáveis psicossociais associadas à cirurgia ortognática: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 25, n. 3, 477-490, 2012
2. DIANA, Q. P. G.; CAROL, L. L. Cirurgia Estetica de Mejjilas. **Revista de Actualización Clínica**. V. 48, p. 2538-2541, 2014
3. HASSE, F. M.; LEMPERLE, G. Resection and argumention of Bichat's fat pad in facial contouring. **European Journal of Plastic Surgery**. V. 17, Pag. 239-242. 1994
4. NICOLICH, F.; MONTENEGRO, C. Extracción de La bola de Bichat: Uma operação simples com surpreendentes resultados. **Folia Dermatológica Peruana**. V.8. n.1. Marzo de 1997.
5. PITHON, M. M., da MATA, K. R., ROCHA, K. S., COSTA, B. do N., NEVES, F., BARBOSA, G. C. G., & COQUEIRO, R. da S. Perception sof brachyfacial, mesofacial and dolichofacial individuals with regard to the buccal corridor in different facial types. **Journal of Applied Oral Science**. V.22(5), p.382–389, 2014
6. SANTOS, T. S.; CALAZANS, A. C. M.; MARTINS FILHO, P. R. S.; SILVA, L.C.F.; SILVA, E. D. de O.; GOMES, A. C. A. Evaluation of the muscle relaxant cyclobenzaprine after third-molar extraction. **The Journal of the American Dental Association**. V. 142, p. 1154-1162, 2011.
7. SANTOS, T. S.; CALAZANS, A. C. M.; MARTINS FILHO, P. R. S.; SILVA, L. C. F.; SILVA, E. D. de O.; GOMES, A. C. A. Prediction of postoperative facial swelling, pain and trismus following third molar surgery based on preoperative variables. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**. Ed. impresa, V. 18, p. e65-e70, 2013.
8. SILVA, L. P. A. P.; LANDIN, M. P. C.; GONÇALVES, R. S. **Efeito da Ultracavitação na Gordura Localizada: Estudo de Caso**. Programa de Pós-Graduação Latu Sensu em Fisioterapia Dermatofuncional da Universidade Gama Filho Salvador-BA. 2015
9. STEVÃO, E. L. L. Bichectomy or Bichatectomy – A small and Simple Intraoral Surgical Procedure with Great Facial Results. **Adv Dent & Oral Health**. V.1, n.1, 2015
10. VICENTIN, S. C. Harmonização facial na Odontologia. **Rev. Sul Fashion**. N. 54, p. 17, outubro de 2016