

UNIVERSIDADE TIRADENTES

JULIO CESAR CAVALCANTI DE ARAUJO OLIVEIRA

RUAN SILVA GÓES

CIRURGIA DE BICHECTOMIA COM FINALIDADE  
ESTÉTICO FUNCIONAL: REVISÃO DE  
LITERATURA E RELATO DE DOIS CASOS

Aracaju-SE

2017

JULIO CESAR CAVALCANTI DE ARAUJO

OLIVEIRA

RUAN SILVA GÓES

CIRURGIA DE BICHECTOMIA COM FINALIDADE  
ESTÉTICO-FUNCIONAL: REVISÃO DE  
LITERATURA E RELATO DE DOIS 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.

Prof. MSc. JOSÉ CARLOS PEREIRA

Aracaju

2017

JULIO CESAR CAVALCANTI DE ARAUJO

OLIVEIRA

RUAN SILVA GÓES

CIRURGIA DE BICHECTOMIA COM FINALIDADE  
ESTÉTICO-FUNCIONAL: REVISÃO DE  
LITERATURA E RELATO DE DOIS 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: \_\_\_\_\_

---

1º Examinador: \_\_\_\_\_

---

2º Examinador: \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, José Carlos Pereira orientador dos discentes **Júlio César Cavalcanti de Araújo Oliveira** e **Ruan Silva Góes**, atesto que o trabalho intitulado: **“Cirurgia de bichectomia com finalidade estético-funcional: revisão de literatura e relato de dois casos.”** está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

**José Carlos Pereira**

*“O temor do Senhor  
é o princípio da sabedoria”.*

*Provérbios 9-10*

# CIRURGIA DE BICHECTOMIA COM FINALIDADE ESTÉTICO-FUNCIONAL: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE DOIS CASOS

Júlio César Cavalcanti Araújo Oliveira <sup>(a)</sup>, Ruan Silva Góes <sup>(a)</sup>

**,Professor: MSc. José Carlos Pereira**

*Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; MSc. Professor Titular I do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.*

---

## Resumo

A cirurgia de bichectomia consiste na remoção do corpo adiposo da bochecha também conhecido como bola de bichat, localizada externamente ao músculo bucinador e em frente a margem anterior do músculo masseter. Quando em excesso, o corpo adiposo da bochecha dá ao paciente um aspecto facial arredondado, contornos menos simétricos e muitas vezes interferem na mastigação, pois não raro, pacientes com bochechas volumosas apresentam trauma de mucosa da bochecha (morsicatio buccarum) ao exame clínico intra oral. Diante disto, pode-se dizer que a cirurgia de bichectomia possui um caráter estético-funcional, pois além de melhorar a aparência externa da face dando contornos mais bem definidos e um aspecto de triângulo invertido a face (padrão de beleza feminino mundial) a cirurgia também contribui para a melhoria da mastigação em pacientes que apresentam esta interferência. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura, dando um esboço sobre anatomia da região e localização anatômica do coxim adiposo da bochecha, técnica cirúrgica utilizada, riscos inerentes, respaldo legal; e relatar dois casos clínicos de bichectomia com resultado final, dando ênfase à melhoria do padrão estético-funcional.

*Palavras-chave:* Bichectomia; corpo adiposo; riscos; estética; função.

---

## Abstract:

The bichectomy surgery consists of removing the adipose body from the cheek, also known as a bichat ball, located externally to the buccinator muscle and in front of the anterior margin of the masseter muscle. When in excess, the cheek fat gives the patient a rounded facial appearance, less symmetrical contours and often interfere with chewing, since often patients with bulky cheeks present trauma to the cheek mucosa (morsicatio buccarum) at intraoral clinical examination. In view of this, it can be said that bichectomy surgery has an aesthetic-functional character, as well as improving the external appearance of the face giving better defined contours and an inverted triangle aspect to face (the pattern of world beauty) to Surgery also contributes to the improvement of mastication in patients who present this interference. The objective of this work is to perform a review of the literature, giving an outline of the anatomy of the region and anatomical location of the adipose cheek cushion, surgical technique used, inherent risks, legal support; And report two clinical cases of bichectomy with final result, with emphasis on improving the aesthetic-functional pattern.

*Keywords:* Bichectomy; adipose body; scratch. Aesthetic; function.

---

## 1. INTRODUÇÃO

### Anatomia

O corpo adiposo da bochecha relaciona-se anatomicamente com os músculos da mastigação, trata-se de um coxim adiposo situado entre esses músculos. Tem sido descrito como uma bola, porém sua forma esférica só aparece em sua extremidade superficial,

entre os músculos bucinador e masseter. É na verdade uma formação anatômica alongada, semelhante a um cone de sorvete onde a bola do sorvete é a extremidade superficial e o cone sua extensão profunda. No feto e em crianças de tenra idade, é muito desenvolvido. Além de separar o masseter do bucinador à frente do ramo da mandíbula, ele se estende à fossa infratemporal; em direção aos músculos

ptérigoideos, preenchendo um grande espaço (Cruz e Madeira, 2009).

Separa também a inserção do músculo temporal, que se movimenta muito, dos seus músculos vizinhos. Diferente do tecido adiposo das outras regiões ele nunca é consumido, mesmo em casos de emagrecimento exagerado. Sua função é puramente mecânica, servindo de coxim para facilitar a movimentação de um músculo em relação a outro (Spence, 1991).

O corpo adiposo da bochecha é subdividido em extensões, onde a extensão bucal é a responsável pelo contorno da bochecha. Demais extensões como a pterigopalatina, estende-se até a fossa pterigopalatina, encapsulando os vasos da respectiva região; já a extensão pterigoidal localiza-se profundamente do lado medial do ramo da mandíbula e nas superfícies laterais dos músculos pterigoideos medial e lateral; A extensão temporal é dividida em duas partes: superficial, entre a fáscia profunda temporal e musculo temporal e parte profunda: por trás do processo frontal e parede lateral orbital do osso zigomático e no espaço infratemporal. (Madeira, 2012).

A região é irrigada pelas artérias: temporal superficial; maxilar (ramo bucal) e artéria facial. (Spence, 1991).

No plano intermediário o corpo adiposo da bochecha, relaciona-se acima com o ducto parotídeo, vasos faciais: veia e artéria facial, ramos bucais do nervo facial e internamente com o nervo bucal, ramo do nervo mandibular (Spence, 1991).

Seu peso médio é entorno de 9,3 gramas e um volume médio de 9,6 mililitros, sendo bem desenvolvido nos primeiros anos de vida (Madeira, 2001).

A remoção cirúrgica da bola de Bichat (corpo adiposo da bochecha) promove uma diminuição do contorno das bochechas conferindo uma melhor harmonia facial. Sendo uma opção viável com poucas complicações e baixa morbidade para pacientes que buscam uma melhora na simetria facial e na funcionalidade mastigatória (Borges, et.al.; 2016).

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura, dando

um esboço sobre a anatomia da região e localização anatômica do coxim adiposo da bochecha, técnica cirúrgica, riscos inerentes à cirurgia, respaldo legal; e relatar dois casos clínicos com resultado final, dando ênfase à melhoria do padrão estético-funcional.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A cirurgia de bichectomia está indicada para pacientes saudáveis, sem condições médicas graves, que desejam um formato facial mais definido e a melhoria da função mastigatória em pacientes que frequentemente traumatizam a face interna das bochechas durante a mastigação (morsicatio buccarum). Porém como todo procedimento cirúrgico, existem contraindicações e riscos que deverão ser avaliados e expostos ao paciente antes da cirurgia (Matarasso, 2006).

É necessário avaliar a existência de indicação para o procedimento, este pode ser puramente estético, funcional ou estético-funcional. Para isso, é essencial uma avaliação minuciosa da face (Sobrinho, 2016).

Avaliação facial.

Assimetrias dos dois lados deverão ser levadas em consideração, uma linha imaginária deve ser traçada, desde a raiz do cabelo, descendo reta pelo centro da glabella, e nariz, lábios e mento; avaliação dos terços horizontais e proporções faciais e os tipos de rosto. (Matarasso, 2006).

Durante a avaliação da face, é necessário mensurar a distância entre os ângulos da mandíbula, se esta for maior que a distância entre os malares, é possível que a bichectomia, isoladamente, não vá atender as expectativas do paciente, devendo este ser comunicado antes da realização do procedimento. Outros aspectos também deverão ser levados em consideração, como a hipertrofia do músculo masseter que pode causar desarmonia facial devido ao volume pronunciado na parte posterior da bochecha, no ângulo da mandíbula. Neste caso, a bichectomia, poderá evidenciar ainda mais a região do ângulo da mandíbula, devido a depressão causada no espaço bucal. (Matarasso, 2006).

### Riscos e complicações.

O ducto parotídeo contorna a borda anterior do masseter, migrando através do músculo bucinador para se abrir no vestíbulo da boca, próximo ao segundo molar superior, no qual existe uma saliência, a papila parotídea. (Spence, 1991).

Devido esta íntima relação, o ducto pode ser facilmente traumatizado ou seccionado durante os movimentos de incisão e de tração da bola de bichat. Uma incisão errada poderá comprometer o ducto parotídeo irreversivelmente (Matarasso, 1991). Parestesias ou parestesias. Se um ramo terminal do nervo facial for lesionado, poderá provocar uma espécie de fraqueza e não uma paralisia completa do músculo, por causa das várias conexões em plexo dos ramos terminais. Sendo oportuno também mencionar que o nervo facial tem um poder regenerador maior do que qualquer outro nervo do corpo. (Madeira, 2010).

### Lesão arterio-venosa.

O tronco da artéria facial sobe obliquamente pela face, primeiro sobre o bucinador e por baixo do zigomático maior, ao lado do ângulo da boca. Neste ponto ela pode ser seccionada durante a dissecação do bucinador, devido a sua íntima relação com o mesmo, provocando uma hemorragia local. (Matarasso, 2006)

### Infecção do Espaço bucal

O espaço bucal é limitado pela pele da face no seu aspecto lateral e pelo músculo bucinador em seu aspecto medial. Ocorrendo no espaço bucal um processo infeccioso, resultará em aumento de volume abaixo do arco zigomático e acima do bordo inferior da mandíbula. As infecções podem seguir as extensões do corpo adiposo da bochecha dentro do espaço temporal superficial, espaço infratemporal, espaço infraorbitário e espaço periorbitário. (Hupp, 2015).

O espaço infratemporal situa-se posteriormente a maxila. Ele é limitado,

medialmente pela lâmina lateral do processo pterigoide do osso esfenóide e superiormente, pela base do crânio. Lateral e superiormente o espaço infratemporal é contínuo com o espaço temporal profundo. O espaço contém ramos da artéria maxilar interna e o plexo venoso pterigoideo. É importante observar que as veias emissárias do plexo pterigoideo passam através de pequenos forames na base do crânio para conectar-se com vasos intracranianos durais. Como as veias da face e da órbita não possuem válvulas, infecções intravasculares, podem disseminar-se para o seio cavernoso. (Hupp, 2009).

A infecção periorbitária possui uma apresentação típica: eritema e edema de pálpebras e envolvimento dos componentes vasculares e neurais da órbita. A infecção poderá seguir por meio do trajeto da veia oftálmica inferior, veia oftálmica comum que atravessa a fissura orbitária superior e estende-se diretamente dentro do seio cavernoso, podendo evoluir para uma trombose séptica. (Hupp, 2015).

### Atrito muscular excessivo

A função do corpo adiposo da bochecha é facilitar a movimentação de um músculo em relação a outro nos movimentos de sucção e mastigação. Sua remoção pode causar aderências entre os músculos bucinador e masseter. (Sobrinho, 2016).

### Técnica cirúrgica

O profissional deve atentar-se as estruturas anatômicas de reparo, em especial para o acesso cirúrgico, no qual a localização do ducto da glândula parotídea é o principal reparo. A incisão deve ser realizada logo abaixo do ducto e ligeiramente a frente ou atrás do mesmo, com aproximadamente 1,5 cm na sua maior extensão. A divulsão dos planos anatômicos deve prosseguir delicadamente tendo em vista que estruturas nobres, tais como: ramo da artéria facial, maxilar e do nervo facial, encontram-se nas imediações. Uma pinça de apreensão de tecidos moles é utilizada para deslocar o corpo adiposo e inicialmente, a cápsula fibrosa que o



envolve é delicadamente incisada. Movimentos circulares são realizados e assim grande parte da bola de Bichat é removida, em que seu volume total é aproximadamente 9,6 mL e o cirurgião deve limitar-se a remoção de no máximo 2/3 do volume total. O controle do volume da remoção pode ser mensurado com auxílio de uma seringa luer. A ferida cirúrgica poderá ser fechada com 1 a 2 pontos simples bilateralmente (Brasil, et al. 2016).

Preconizada por Muresan e Matarasso (2016), o corpo adiposo da bochecha é abordado através de uma incisão mínima intra-oral. Uma solução de lidocaína com epinefrina é injetada na área da mucosa bucal na altura do 2 molar superior. A mucosa é retraída com auxílio de um retrator Caldwell-Luc. Uma incisão de 2,5 cm é feita entre o primeiro e segundo molar superior na face vestibular, deixando uma porção de mucosa abaixo do sulco gengivobucal para fechamento da ferida. A papila parotídeo deverá ser visualizada e limitada para evitar incisão sobre a mesma. Com uma pressão externa a bola de Bichat deverá ser projetada em direção a ferida cirúrgica. Após herniar o corpo adiposo da bochecha é fixado com um par de pinças Brown-Adson e delicadamente removida com uma pinça hemostática. O corpo adiposo da bochecha deve ser removido com movimentos suaves, pois trações excessivas pode indevidamente distorcer a anatomia e ducto parotídeo ou de pequenos vasos no campo o que poderia levar a lesões indesejadas. Após a conclusão da ressecção e a confirmação da hemostasia, as incisões são fechadas com 1 a 2 pontos simples dos dois lados com fio de sutura 5-0.

#### Aspectos gerais

Segundo a resolução do CFO-100/2010 e considerando o que dispõe a resolução do CFM n 1.536/1998; Art. 2 É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasia das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioidea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas-funcionais do

aparelho mastigatório que é de competência do cirurgião-dentista. (Resolução CFO-100/2010).

### 3. RELATO DE CASOS.

#### Caso clínico 1

Paciente sexo feminino, 26 anos, feoderma, compareceu a clínica odontológica da ABO-SE como voluntária para o curso de bichectomia. A paciente estava insatisfeita com sua aparência facial, relatou ter “bochechas grandes (SIC)” e morder frequentemente a bochecha durante a mastigação. Ao exame clínico, pode-se constatar que a paciente apresentava bochechas volumosas, Rosto oval e traços sem definição. Durante a avaliação facial, nenhuma alteração estética que a princípio contraindicasse o procedimento de forma isolada foi encontrada, como hipertrofia do músculo masseter. Outros dados para exame físico também foram colhidos: pressão arterial (122/80mmHg), frequência cardíaca (60 Bpm), altura (1,68m) e peso (68kg). Ao exame intra-oral não foram encontradas alterações da normalidade. A paciente também foi interrogada quanto a existência de doenças sistêmicas graves que contraindicassem o procedimento. Após anamnese e exame físico, foi solicitado a paciente a realização de exames complementares, a saber: hemograma, coagulograma e glicemia em jejum. Tendo avaliado os exames e constatado valores normais, a cirurgia foi agendada.

#### Fotos/ Pré-operatório



Figura 1. Perfil clínico inicial: bochechas volumosas, rosto oval e traços sem

definição, região malar pouco proeminente, ausência do perfil triângulo invertido da face.



Figura 1.1 Registro de perfil da paciente: lado direito.



Figura 1.2 Registro de perfil da paciente: lado esquerdo.

#### Medicação pré-operatória

Foi administrado a paciente Azitromicina 500mg (1 comprimido) associado a Dexametasona 4mg (2 comprimidos), por via oral, 1 hora antes da cirurgia.

#### Trans-operatório.



Figura 1.3 Incisão inicial lado direito, medindo aproximadamente 1cm em sua maior extensão, localizada ligeiramente abaixo e atrás da desembocadura do ducto parotídeo.



Figura 1.4 Bola de Bichart (lado direito); herniada após incisão e divulsão dos planos.



Figura 1.5. Bola de Bichart (lado direito), tracionada e removida através da técnica do duplo pinçamento com pinças hemostáticas.

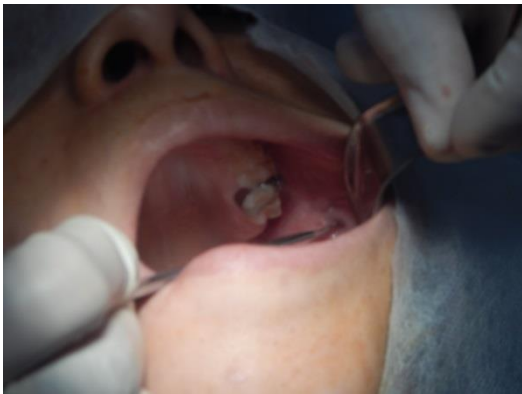


Figura 1.6. Incisão inicial lado esquerdo, medindo aproximadamente 1cm em sua maior extensão, localizada ligeiramente abaixo e atrás da desembocadura do ducto parotídeo.



Figura 1.7. Bola de Bichart (lado esquerdo); herniada após incisão e divulsão dos planos.



Figura 1.8. Bola de Bichart (lado esquerdo) tracionada e removida através da técnica do duplo pinçamento com pinças hemostáticas.



Figura 1.9. Finalização e sutura (lado direito).



Figura 1.10. Finalização e sutura (lado esquerdo).



Figura 1.12. Mensuração do tecido adiposo (bola de Bichart) em ml. Totalizando 10 ml; 5 ml em lado esquerdo e 5ml em lado direito.



Figura 1.13. Mensuração do corpo adiposo da bochecha (bola de Bichat) em gramas, 4.5g (lado direito).



Figura 1.14. Mensuração do tecido adiposo da bochecha (bola de Bichat) em gramas: 4.5g (lado esquerdo).

#### Medicação pós-operatória.

Foi prescrito para paciente Azitromicina 500mg 24/24 horas durante 05 dias, concomitante ao uso de dexametasona 4mg 12/12h durante 03 dias, associado a paracetamol 750mg 6/6 horas, durante 03 dias.

Resultado; 2 meses pós-cirurgia.



Figura 1.15. Registro frontal da paciente, 2 meses pós-cirurgia.



Figura 1.16. Registro da paciente de perfil (lado direito), 2 meses pós-cirurgia.



Figura 1.17. Registro de perfil da paciente (lado esquerdo), 2 meses pós-cirurgia.



Figura 1.18. Resultado (Antes/Depois); 2 meses pós-cirurgia.

## Caso clínico 2

Paciente sexo feminino, 22 anos, leucoderma; compareceu a clínica odontológica da ABO-SE como voluntária para o curso de bichectomia. A paciente estava insatisfeita com sua aparência facial, relatou “ter as bochechas do fofão (SIC)” e morder frequentemente a bochecha durante a mastigação. Ao exame clínico, pode-se constatar que a paciente apresentava bochechas volumosas, Rosto oval e traços sem definição e região malar

pouco proeminente. Durante a avaliação facial, nenhuma alteração estética que a princípio contraindicasse o procedimento de forma isolada foi encontrada, como hipertrofia do músculo masseter. Outros dados para exame físico também foram colhidos: pressão arterial (110/70mmHg), frequência cardíaca (72 Bpm), altura (1,56m) e peso (51kg). Ao Exame intra-oral não foram encontradas alterações fora da normalidade. A paciente também foi interrogada quanto a existência de doenças sistêmicas graves que contraindicassem o procedimento. Após anamnese e exame físico, foi solicitado a paciente a realização de exames complementares, a saber: hemograma, coagulograma e glicemia em jejum. Tendo avaliado os exames e constatado valores normais, a cirurgia foi agendada.

## Fotos/ Pré-operatório.

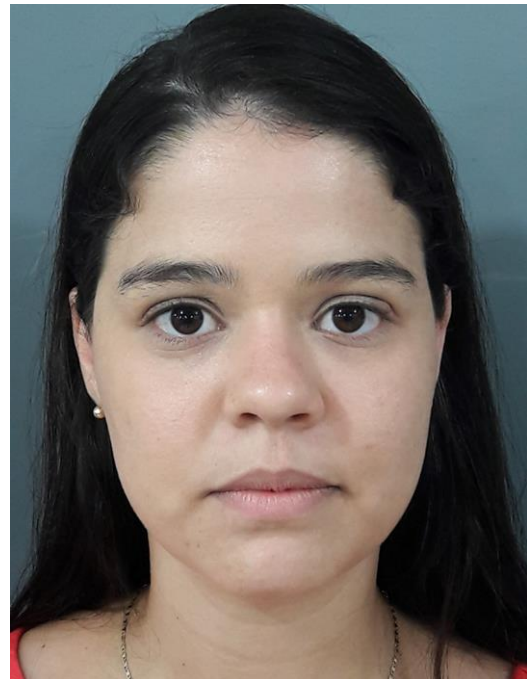


Figura 2.0. Perfil clínico inicial: bochechas volumosas, rosto oval e traços sem definição, região malar pouco proeminente ausência do perfil triângulo invertido da face.



Figura 2.1. Registro de perfil da paciente: lado direito.



Figura 2.2. Registro de perfil da paciente: lado esquerdo.

#### Medicação Pré-operatória.

Foi administrado 2g de amoxicilina, correspondente a dose

profilática usual e dexametasona 4mg, (2 comprimidos), 1 hora antes da cirurgia.



Figura 2.3. Incisão inicial (lado direito), medindo aproximadamente 1cm em sua maior extensão abaixo da desembocadura do ducto parotídeo.



Figura 2.4. Divulsão dos planos com pinça hemostática.



Figura 2.5. Bola de Bichart (lado direito)

tracionada e removida através da técnica do duplo pinçamento com pinças hemostáticas.



Figura 2.6. Incisão inicial (lado esquerdo), medindo aproximadamente 1cm em sua maior extensão, localizada ligeiramente abaixo e atrás da desembocadura do ducto parotídeo.

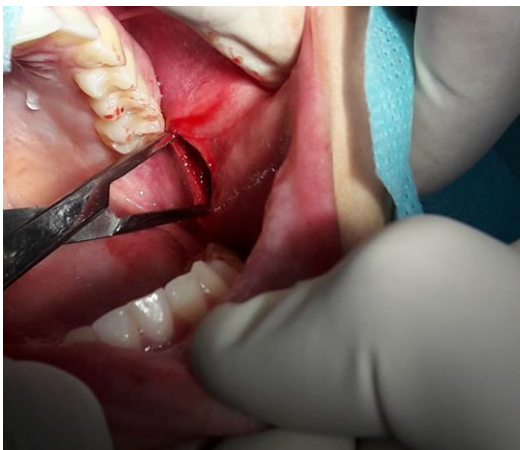


Figura 2.7. Divulsão dos planos; lado esquerdo.



Figura 2.8. Bola de Bichart (lado esquerdo), tracionada e removida através da técnica do duplo pinçamento com pinças hemostáticas.



Figura 2.9. Mensuração do tecido adiposo (bola de bichart) em ML. Totalizando 8 ml; 4 ml em lado esquerdo e 4,5ml em lado direito.

#### Medicação pós-operatória.

Foi prescrito para paciente amoxicilina 500mg 8/8 horas durante 07 dias, concomitante ao uso de dexametasona 4mg 12/12h durante 03 dias e associado a paracetamol 750mg 6/6 horas durante 03 dias.

Fotos/resultado final; 6 meses pós-cirurgia.



Figura 2.9. Registro frontal da paciente, 6 meses pós-cirurgia. Podendo ser evidenciado um afinamento sutil da face e bochechas menos volumosas e região malar mais proeminente.



Figura 2.10. Registro da paciente de perfil (lado direito); 6 meses pós-cirurgia.



Figura 2.11. Resultado final: Registro da paciente de perfil (lado esquerdo); 6 meses pós-cirurgia.



Figura 2.12. Resultado final: Registro de perfil da paciente (lado direito), 6 meses pós-cirurgia (foto sem maquiagem).



Figura 2.13. Resultado final foto perfil antes/depois; 6 meses pós-cirurgia.



#### 4.DISSCUSSÃO

Como preconizado por Brasil et, al., (2016), a incisão deve ser realizada logo abaixo do ducto, ligeiramente à frente ou atrás do mesmo, com aproximadamente 1,5cm (bilateralmente) em sua maior extensão. Procedendo com uma divulsão delicada dos planos, tendo em vista estruturas nobres próximas a região. Porém para Muresan e Matarasso (20016), o acesso deve ser feito pela face vestibular entre o 2 e 3 molar superior no fundo de vestibulo, com uma incisão (bilateral) de 2,5 cm de extensão.

Nos casos clínicos apresentados, foi utilizada a técnica preconizada por Brasil et al., (2016). Pois esta apresenta uma maior consideração anatômica, dando ênfase aos reparos e estruturas nobres importantes que circundam a região bucal; o que torna o tracionamento da bola de Bichat mais seguro, quando comparada a técnica descrita por Muresan e Mataraso (2016).

Quanto aos aspectos legais ainda existe uma grande controvérsia entre médicos e cirurgiões dentistas sobre quem estaria apto a realizar este tipo de procedimento. Já que segundo o que dispõe a resolução, cirurgias com finalidades exclusivamente estéticas seriam de atuação exclusiva do médico. No entanto, a cirurgia de bichectomia apresenta um caráter estético-funcional, fator que caracteriza a prática legal deste tipo de cirurgia quando realizada por cirurgião dentista devidamente habilitado para realização deste procedimento, de acordo com o que dispõe a resolução CFO-100/200.

#### 5-CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O conhecimento profundo anatômico da região é de fundamental importância para se evitar lesões em estruturas nobres circundantes;

A técnica cirúrgica utilizada deverá conter o maior numero de reparos anatômicos possíveis, levando em consideração pontos de incisão e tração da bola de Bichat;

A cirurgia de bichectomia contribui para a melhoria do padrão estético funcional, com poucos riscos e

baixa morbidade;  
O cirurgião dentista, quando habilitado, está apto para a realização da cirurgia de bichectomia em concordância ao que dispõe a resolução CFO-100/200.

#### 6.CONCLUSÃO

Concluimos que a técnica cirúrgica utilizada nos casos clínicos descritos é segura, pois salienta-se a importância das estruturas anatômicas de reparo em especial para o acesso cirúrgico. E que a bichectomia contribuiu para diminuição do volume das bochechas, promovendo uma melhoria na harmonia facial, sendo uma opção viável e de baixa morbidade, com poucas complicações para os pacientes em questão. Podendo ser realizada pelo cirurgião dentista, estando legalmente dentro de suas atribuições.

#### REFERÊNCIAS:

1. BRASIL, L. de F. M.; POLO, T. O. B.; MOMESSO, G. A. C.; SANTOS, G. M.; LIMA, V. N. de.; FAVERANI, L. P. Reparos anatômicos para cirurgia de bichectomia. **Archives of Health Investigation**. v. 5; 2016. Brasil.
2. BORGES, D. de P. R.; ALMEIDA, A.dos S.; CAVALCANTI, I. R. G.; SANTOS, C. M.; PEREIRA JUNIOR, F. B.; CAMPOS, A. L. S. Bichectomia, Relato de dois casos clínicos. **Anais 15ª JOBA- Fórum Clínico Profissional**. P.42, 2016.
3. CRUZ, Roelf Rizzolo; MADEIRA, Miguel Carlos. **Anatomia Facial com fundamentos de anatomia geral**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2009. 105-106P.
4. HUPP, J. R.; ELLIS III, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea**.(tradução Débora Rodrigues da Fosceca et al.). 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2009. 319-322 p.
5. HUPP, James R.; ELLIS III, Edward; TUCKER, Myron R.

- Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea.** (tradução Débora Rodrigues da Fosceca et al.). 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2015.223-235 p.
6. MATARASSO, A. Managing the Buccal Fat Pad. **Aesthetic surgery jornal**, may/june 2006. 330-336p. vol.26, number 3.
  7. MATARASSO, A. Bucal fat pad excision:aesthetic improvement of the midface. **Ann Plast Surg** 26:413-418, 1991.
  8. MURESAN, H. MATARASSO, A. Evaluation and treatment of the buccal fat pad. **QMP's Plastic Surgery Pulse News**. P. 1-3 12/05/2016.
  9. MADEIRA, Miguel Carlos. **Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para prática odontológica.** 8 ed. São Paulo: Sarvier, 2010. 105-106P.
  10. MADEIRA, Miguel Carlos. **Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para prática odontológica.** 4 ed.2001 São Paulo: Sarvier, 2012. 80-88P.
  11. RESOLUÇÃO CFO 100/2010 **Baixa Normas a pratica de Cirurgia e Traumatologia bucomaxilofaciais, por cirurgiões-dentistas.**  
Disponível em:  
[cfo.org.br>destaques>cfo-baixa-resolu...](http://cfo.org.br/destaques/cfo-baixa-resolu...)
  12. SOBRINHO, João Batista Macedo. **Curso de Bichectomia. 2016.**  
**Apostila do curso de bichectomia-** Instituto Agenor Paiva de pós-graduação, Salvador, 2016.
  13. SPENCE, Alexander P.. **Anatomia Humana Básica;** ( tradução Edson Aparecido Libert) 2. ed. São Paulo: Manole, 1991. 204-319-544p.