

USO DA ULTRASSONOGRAFIA PARA PLANEJAMENTO CIRÚRGICO DE BICHECTOMIA: DESCRIÇÃO DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS

THE USE OF ULTRASOUND FOR SURGICAL PLANNING OF BICHECTOMY: DESCRIPTION OF TWO SURGICAL TECHNIQUES

LAÍS DOS SANTOS NOVAIS¹
LUKAS NATÃ MENDES FRAGOSO¹
SILVESTRE ESTRELA DA SILVA JÚNIOR¹
NATHALIA DA CRUZ FLORES¹
TEREZA HELENA DE SOUSA TEIXEIRA¹
EMANUELLE FERREIRA ALVES¹
EDUARDO DIAS RIBEIRO²
JULIERME FERREIRA ROCHA³.

RESUMO

Introdução: A bichectomia é um procedimento cirúrgico que remove parte do corpo adiposo bucal não apenas para fins estéticos, mas também funcionais, limitando o trauma recorrente na região jugal. A correta indicação cirúrgica e o auxílio de exames de imagem são essenciais para o planejamento cirúrgico e seleção da técnica a ser utilizada, minimizando as taxas de complicações e alcançando resultados seguros e satisfatórios.

Objetivo: Relatar dois casos clínicos em que a bichectomia foi realizada, enfatizando a importância da ultrassonografia pré-operatória na determinação do volume do corpo adiposo bucal e abordando duas técnicas cirúrgicas. **Relato de casos clínicos:** Duas pacientes do sexo feminino (18 e 32 anos), normosistêmicas, relataram queixas de insatisfação estética com o contorno arredondado da face, além de trauma constante na mucosa jugal. Ao exame clínico, as pacientes apresentavam mucosa jugal de volume aumentado e traumatizado. A bichectomia foi realizada pelo acesso de Matarasso e pelo fundo de sulco. **Conclusão:** a ultrassonografia mostrou-se eficiente no planejamento cirúrgico da bichectomia, favorecendo a retirada do corpo adiposo da bochecha de forma previsível, rápida e segura. As duas técnicas cirúrgicas foram eficazes para remoção do corpo adiposo bucal.

Unitermos: Cirurgia bucal; Ultrassonografia; Bochecha.

INTRODUÇÃO

Em 1802, o corpo adiposo bucal foi descrito pela primeira vez pelo anatomista francês Xavier Bichat¹, que o denominou Bola de Bichat. O corpo adiposo bucal é uma massa de gordura lobulada, envolta numa fina cápsula, segundo Mohan et al.², localizada no espaço bucal, um compartimento da face delimitado posteriormente pelo espaço mastigatório e a glândula parótida, anterolateralmente pela fáscia cervical profunda e músculos da expressão facial e medialmente pelo músculo bucinador, Yousuf et al.³. O que o difere do lipoma, que é um aumento de volume bem definido, de coloração amarelada, podendo ser sésil ou

pediculada e que apresenta flacidez a palpação, Ferreira et al.⁴.

O corpo adiposo bucal se divide nos lobos anterior, intermediário e posterior, sendo este último o mais volumoso e presente ao longo da vida humana, constituído por quatro processos: bucal, pteritopalatino, pterigoide e temporal, Zhang et al.⁵. O processo bucal, localizado abaixo do ducto parotídeo, anterior ao músculo masseter e lateral ao músculo bucinador, é a porção do corpo adiposo da bochecha mais superficial, podendo influenciar no contorno facial, conforme Zhang et al.⁵ e Bither et al.⁶. O corpo adiposo bucal possui um tipo especializado de tecido adiposo que não é afetado

⁽¹⁾ Cirurgião – Dentista pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

⁽²⁾ Professor Doutor titular do Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

⁽³⁾ Professor Doutor Titular do Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

pelo processo de lipólise do organismo e não responde ao tratamento de lipoaspiração, conforme Thomas et al.¹⁰.

Pacientes que possuem o terço médio da face largo e almejam um contorno facial mais delineado possuem grande potencial de indicação para a cirurgia de remoção do corpo adiposo bucal, segundo Matarasso⁷. Esse procedimento é conhecido como bichectomia e recentemente ganhou popularidade como cirurgia estética e funcional, diminuindo o trauma recorrente na região jugal, Matarasso⁷ e Sezgin et al.⁸.

A seleção correta do paciente, a utilização de exames imaginológicos e o emprego correto das técnicas cirúrgicas são de extrema importância, a fim de minimizar as taxas de complicações, Sezgin et al.⁸. Na Odontologia pode-se usufruir de exames imaginológicos como a ultrassonografia e ressonância magnética, que ao contrário da tomografia computadorizada⁹, que faz a mensuração exata de tecidos duros, estas mensuram o volume de tecidos moles, conforme Hwang¹¹ e Dong¹².

O objetivo deste trabalho foi descrever duas condutas de bichectomia e enfatizar a importância da ultrassonografia pré-operatória na mensuração do corpo adiposo bucal.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO 1

Paciente 1, sexo feminino, 18 anos, leucoderma e normossistêmica, compareceu à Clínica Escola de Odontologia – UFCG, campus Patos, PB, queixando-se de traumatizar com frequência a mucosa jugal devido ao seu volume pronunciado em direção aos dentes e de desejar um rosto com contornos mais delineados e menos arredondado (Figura 1 – A e B). Ao exame clínico intraoral notou-se marcas de trauma na mucosa jugal na altura da linha de oclusão, em ambos os lados. Foi solicitado ultrassonografia para avaliar os tecidos moles da região jugal.



Figura 1 – A e B

Ao analisar o resultado da ultrassonografia verificou-se a presença do corpo adiposo da bochecha, medindo 3,4 x 3,6 x 1,4 cm³ de diâmetro, equivalente a 17,1 ml, no lado direito (Figura 2-A) e 3,5 x 3,3 x 1,3

cm³ de diâmetro, equivalente a 15 ml, no lado esquerdo (Figura 2-B). Optou-se pelo procedimento de bichectomia através do acesso de Matarasso⁷.

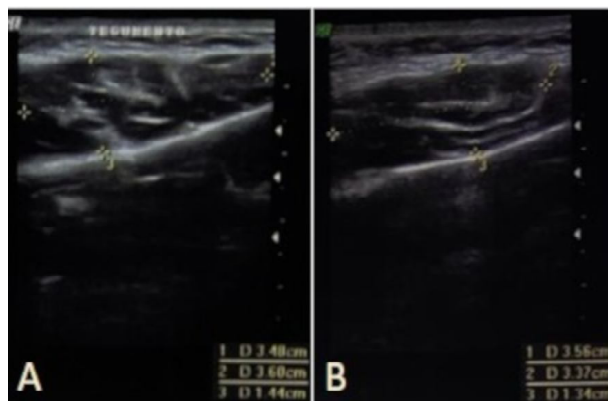


Figura 2-B

Foi prescrita dexametasona (4 mg), dois comprimidos uma hora antes do início do procedimento, como medicação pré-operatória.

Primeiramente foi realizada a antisepsia intraoral com bochecho de Digluconato de Clorexidina 0,12% sem álcool (PerioGard® - Colgate®) por um minuto e a extraoral com Digluconato de Clorexidina 2% (RioHex® - RioQuímica® Indústria Farmacêutica Ltda, São José do Rio Preto - SP, Brasil) com o auxílio de gaze (CREMER® - Produtos Têxteis e Cirúrgicos, Blumenau - SC, Brasil) estéril numa pinça Allis 14 cm (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil). Após aposição do campo cirúrgico estéril, os tecidos a serem anestesiados foram secados com gaze (CREMER® - Produtos Têxteis e Cirúrgicos, Blumenau - SC, Brasil) estéril. Em um cotonete (©Johnson & Johnson - Indústria e Comércio de Produtos para Saúde Ltda, Brasil) coletou-se uma pequena quantidade do anestésico tópico (BENZOTOP® - DFL Indústria e Comércio, Jacarepaguá – R, Brasil) estéril e foi aplicado nos locais de introdução da agulha por um minuto, realizando movimentos de varredura.

Para anestésiar o nervo alveolar superior posterior, os tecidos foram retraídos com o afastador de Minessota (FAVA Metalúrgica, Pirituba-SP, Brasil) e com auxílio de uma Seringa Carpule com refluxo (DUFLEX® - SSWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de JaneiroRJ, Brasil), introduziu-se delicadamente a agulha longa (32mm) 30G (UNOJECT® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) na mucosa alveolar, na região distal ao segundo molar superior, formando um ângulo de 45° com o plano oclusal, até cerca de metade do comprimento da agulha, aspirou-se e injetou-se pausada e lentamente $\frac{3}{4}$ do tubete de 1,8mL contendo a solução anestésica de Cloridrato de Articaina 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) e retirou-se a agulha

lentamente. Seguiu-se para a anestesia do nervo bucal, os tecidos moles foram tracionados lateralmente com o afastador, orientou-se a Seringa Carpule com refluxo (DUFLEX® - SSWWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) em direção à margem anterior do ramo da mandíbula, paralelamente ao plano oclusal, na face vestibular dos dentes, penetrou-se com agulha longa (32mm) 30G (UNOJECT® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) na mucosa, nas faces vestibular e distal ao último molar até tocar o mucoperiósteo e foram injetados 0,3 ml (1/8 do tubete) da solução anestésica de Cloridrato de Articaina 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), e então a agulha foi retirada lentamente. E para finalizar a etapa de anestesia, com o auxílio de uma Seringa Carpule com refluxo (DUFLEX® - SSWWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), posicionada na altura da comissura labial do lado contralateral, introduziu-se delicadamente a agulha longa (32mm) 30G (UNOJECT® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) na mucosa jugal 1cm abaixo e a frente do ducto da glândula parótida, até penetrar cerca de metade da agulha e, após aspiração negativa, injetou-se pausada e lentamente 1,5 ml da solução anestésica de Cloridrato de Articaina 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), removendo lentamente a agulha, a fim de promover uma melhor hemostasia durante o procedimento cirúrgico.

Para o acesso ao corpo adiposo bucal, os tecidos moles foram tracionados com ajuda do afastador Minessota (FAVA Metalúrgica, Pirituba-SP, Brasil) localizou-se a papila parotídea e linha de oclusão, e realizou-se uma pequena incisão de 1 cm na mucosa jugal situado 1cm inferior ao ducto, acima da linha de oclusão (Figura 3-A). A fim de divulsionar e separar as fibras do músculo bucinador, introduziu-se uma pinça hemostática (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) fechada no local da incisão, enquanto uma leve pressão era exercida no aspecto externo da face para que a extensão bucal do corpo adiposo bucal deslocasse sua posição de forma a favorecer sua exposição.

Quando o corpo adiposo bucal foi localizado, foi apreendido com pinça hemostática (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) e tracionado para fora com leves movimentos circulares e com ajuda de outra pinça hemostática (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) continuou-se o processo de divulsão até o pedículo ser visualizado (Figura 3-B) e rompido, sendo armazenado numa seringa de 20 ml (Figura 4-A), medindo um total de 2,5 ml. A sutura foi realizada através de pontos

simples com fio de sutura vicryl 4-0 (ETHICON® - Surgical Instruments, United States). O mesmo processo foi realizado no lado contralateral, e o pedículo removido mediou um total de 3 ml (Figura 4-B).

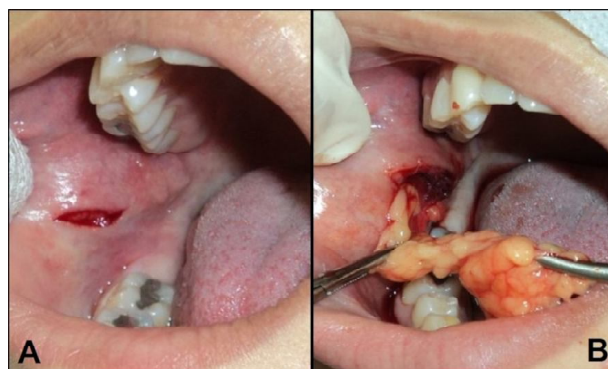


Figura 3-A e 3B



Figura 4-A e 4B

No pós-operatório foi prescrito medicação analgésica (Toragesic 10mg a cada 8 horas, durante três dias, anti-inflamatória (Nimesulida 200mg a cada 24 horas, durante três dias) e antibiótica (Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg, a cada 8 horas, durante cinco dias). E a paciente foi orientada a fazer compressa gelada intensa nas zonas operadas durante 48 horas, aderir a uma dieta líquido-pastosa nas primeiras 24 horas, evitar alimentos quentes e repousar.

A sutura foi removida após 7 dias, onde observou-se cicatrização dentro dos padrões da normalidade e a paciente não relatou queixas sobre o pós-operatório. Após 45 dias foi realizada uma consulta de acompanhamento para avaliar os resultados do procedimento cirúrgico, ao exame clínico notou-se ausência de trauma na mucosa jugal e o contorno da face mostrou-se mais delineado (Figura 5 – A e B) em comparação ao aspecto pré-operatório. A paciente relatou alto grau de satisfação com os resultados do procedimento.



Figura 5-A e 5B

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO 2

Paciente 2, sexo feminino, 32 anos, leucoderma e normossistêmica, compareceu à Clínica Escola de Odontologia – UFCG, campus Patos, PB, com insatisfação estética do contorno arredondado do rosto (Figura 6 – A e B). Ao exame clínico intraoral notou-se marcas de trauma na mucosa jugal na altura da linha de oclusão, em ambos os lados. Foi solicitado ultrassonografia para mensuração do músculo bucinador bilateralmente.



Figura 6 – A e B

Ao analisar o resultado da ultrassonografia verificou-se a presença do corpo adiposo da bochecha, medindo 2,2 x 1,3 x 0,8 cm³ de diâmetro, equivalente a 2,28 ml, no lado direito (Figura 7 - A) e 1,7 x 1,4 x 0,7 cm³ de diâmetro, equivalente a 1,66 ml, no lado esquerdo (Figura 7 - b). Com isso optou-se pelo procedimento de bichectomia através do acesso pelo fundo de sulco.

Foi prescrita Dexametasona (4 mg), dois comprimidos uma hora antes do início do procedimento, como medicação pré-operatória.

Primeiramente foi realizada a antisepsia intraoral com bochecho de Digluconato de Clorexidina 0,12% sem álcool (PerioGard® - Colgate®) por um minuto e a extraoral com Digluconato de Clorexidina 2% (RioHex® - RioQuímica® Indústria Farmacêutica Ltda, São José do Rio Preto - SP, Brasil) com o auxílio de gaze

(CREMER® - Produtos Têxteis e Cirúrgicos, Blumenau - SC, Brasil) estéril numa pinça Allis 14 cm (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil). Após aposição do campo cirúrgico estéril, os tecidos a serem anestesiados foram secados com gaze (CREMER® - Produtos Têxteis e Cirúrgicos, Blumenau - SC, Brasil) estéril. Em um cotonete (©Johnson & Johnson - Indústria e Comércio de Produtos para Saúde Ltda, Brasil) coletou-se uma pequena quantidade do anestésico tópico (BENZOTOP® - DFL Indústria e Comércio, Jacarepaguá – R, Brasil) estéril e foi aplicado nos locais de introdução da agulha por um minuto, realizando movimentos de varredura.

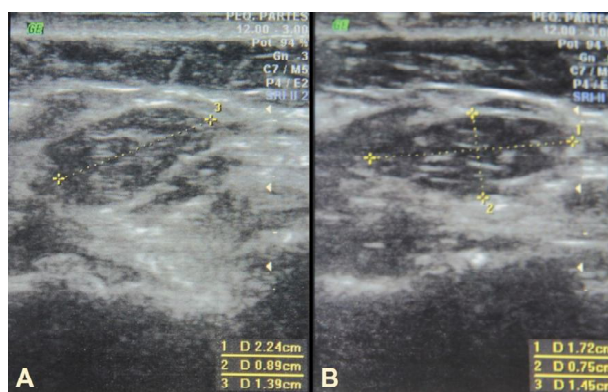


Figura 7 – A e B

Para anestésiar o nervo alveolar superior posterior, os tecidos foram retraídos com o afastador de Minessota (FAVA Metalúrgica, Pirituba-SP, Brasil) e com auxílio de uma Seringa Carpule com refluxo (DUFLEX® - SSWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de JaneiroRJ, Brasil), introduziu-se delicadamente a agulha longa (32mm) 30G (UNOJECT® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) na mucosa alveolar, na região distal ao segundo molar superior, formando um ângulo de 45° com o plano oclusal, até cerca de metade do comprimento da agulha, aspirou-se e injetou-se pausada e lentamente $\frac{3}{4}$ do tubete de 1,8mL contendo a solução anestésica de Cloridrato de Articaína 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) e retirou-se a agulha lentamente. Na anestesia do nervo alveolar superior médio os tecidos também foram retraídos com o afastador de Minessota (FAVA Metalúrgica, Pirituba-SP, Brasil) e com auxílio de uma Seringa Carpule com refluxo (DUFLEX® - SSWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de JaneiroRJ, Brasil), introduzindo delicadamente a agulha longa (32mm) 30G (UNOJECT® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) na altura da prega mucovestibular do 2º pré-molar superior, aspirou-se e injetou-se pausada e lentamente $\frac{3}{4}$ do tubete de 1,8mL contendo a solução anestésica de Cloridrato de Articaína 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio

de Janeiro-RJ, Brasil), e então a agulha foi lentamente retirada.

Para o acesso ao corpo adiposo bucal, uma pequena incisão de 1 cm foi feita no tecido mole situado pósterio-superiormente ao pilar zigomático, se estendendo do primeiro ao segundo molar (Figura 8 - A), tendo sempre cuidado para visualizar o ducto da glândula parótida (Ducto de Stensen). Uma pinça hemostática (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) foi introduzida para divulsão e separação das fibras do músculo bucinador, enquanto isso, uma leve pressão era exercida sobre a face para que a extensão bucal do corpo adiposo bucal se deslocasse da sua posição.

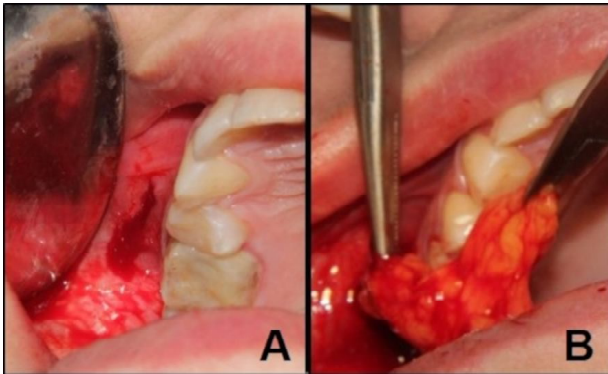


Figura 8 – A e B

Quando o corpo adiposo bucal foi localizado, foi feita a sua apreensão com pinça hemostática (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) e tração para fora com leves movimentos circulares, e com ajuda de outra pinça hemostática (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) continuou-se o processo de divulsão até o pedículo ser visualizado e seccionado (Figura 8 - B), sendo armazenado numa seringa de 20 ml, medindo um total de 5 ml (Figura 9 - A). A sutura foi realizada através de pontos simples com fio de sutura vicryl 4-0 (ETHICON® - Surgical Instruments, United States).

O mesmo processo foi realizado no lado contralateral, e o pedículo removido mediu um total de 5 ml (Figura 9 - B).

No pós-operatório foi prescrito medicação analgésica (Toragesic 10mg a cada 8 horas, durante três dias, anti-inflamatória (Nimesulida 200mg a cada 24 horas, durante três dias) e antibiótica (Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg, a cada 8 horas, durante cinco dias). A paciente foi orientada a fazer compressa gelada intensa nas zonas durante 48 horas, aderir a uma dieta líquido-pastosa nas primeiras 24 horas, evitar alimentos quentes e repousar.

A sutura foi removida após 7 dias, onde observou-se boa cicatrização e a paciente não relatou queixas sobre o pós-operatório. Após 60 dias

foi realizada uma consulta de acompanhamento para avaliar os resultados do procedimento cirúrgico, ao exame clínico notou-se ausência de trauma na mucosa jugal e o contorno da face mostrou-se mais delineado (Figura 10 – A e B) em comparação ao aspecto pré-operatório. A paciente relatou alto grau de satisfação com os resultados do procedimento.

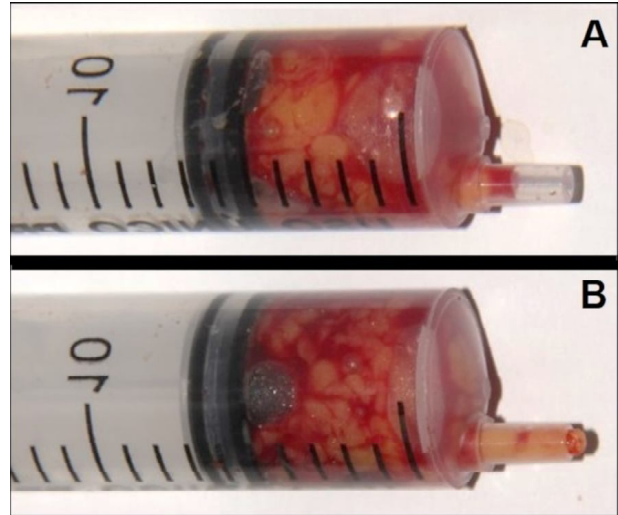


Figura 9 – A e B



Figura 9 – A e B

DISCUSSÃO

Segundo os estudos de Khiabani et al.¹³, o volume do corpo adiposo da bucal pode variar com a idade e de acordo com o gênero, sendo uma média de 10,2 ml para homens e 8,9 ml para mulheres. Calvet et al.¹⁴, concordam em seus estudos que aproximadamente metade do volume do corpo adiposo bucal está no seu processo bucal, processo esse que é parcialmente removido no procedimento de bichectomia (Bither et al.⁶).

Sezgin et al.⁸ realizou um estudo com 22 pacientes do sexo feminino, onde foi feita ultrassonografia pré-operatória para determinar o volume do corpo adiposo da bochecha, obtendo um volume médio de $11,67 \pm 1,44$ ml. Todos os pacientes foram submetidos à bichectomia através do acesso de Matarasso⁷ e a porção excisada foi medida com

a técnica de deslocamento da água sendo obtido um volume médio de $2,74 \pm 0,69$ ml, que corresponde a aproximadamente 23% do volume médio obtido nas ultrassonografias pré-operatórias.

No caso 1, conduzido através do acesso de Matarasso⁷, o volume mensurado pela ultrassonografia, 17,13 ml no lado direito e 15 ml no lado esquerdo, se aproxima mais do volume médio sugerido por Khiabani et al.¹³ do que no caso 2, onde foi mensurado 2,28 ml no lado direito e 1,66 ml no lado esquerdo. Quanto ao volume retirado, o caso 1 (2,5 ml no lado direito e 3 ml no lado esquerdo) se distancia mais da porcentagem sugerida por Sezgin et al.⁸, do que no caso 2 (5 ml em cada lado), que foi conduzido através do acesso pelo fundo de sulco.

O acesso pelo método de Matarasso⁷ consiste numa incisão na mucosa jugal 01 centímetro abaixo da abertura do ducto parotídeo, já o acesso pelo fundo de sulco consiste numa incisão de 01 centímetro feita no tecido mole situado pósterosuperiormente ao pilar zigomático, se estendendo do primeiro ao segundo molar, conforme a descrição de Khiabani et al.¹³.

O método de Matarasso⁷ é mais conservador no que diz respeito à proximidade com estruturas nobres em comparação ao acesso pelo fundo de sulco, região rica em vasos e ramificações nervosas, como o feixe vaso-nervoso alveolar superior posterior. Porém, através desse acesso, há uma maior quantidade de fibras do músculo bucinador a serem divulsionadas, aumentando a probabilidade de edema no pós-operatório.

No caso 2 o volume do corpo adiposo bucal excisado, 5 ml em cada lado, foi maior do que o volume mensurado pela ultrassonografia, 2,28 ml no lado direito e 1,66 ml no lado esquerdo. Zhang et al.⁵, ao descrever a anatomia do corpo adiposo bucal, explica que a porção chamada de processo pterigoide se dirige posteriormente ao pilar zigomático em direção ao músculo pterigoideo lateral. A proximidade do acesso pelo fundo de sulco, utilizado no caso 2, com essa extensão do corpo adiposo bucal pode explicar o volume excisado além do que havia sido mensurado na ultrassonografia, uma vez que esse exame é executado na região do músculo bucinador e do processo bucal.

Na metodologia dos estudos de Sezgin et al.⁸, foi enfatizado a importância de um radiologista experiente e familiarizado com os detalhes anatômicos transversais do corpo adiposo bucal, e da excelência na execução da técnica do exame a fim de não realizar compressão nos tecidos, o que pode causar subestimação volumétrica, um risco também relatado por Marques e Costa¹⁵ e Stephen e Simpsom¹⁴. Isso também pode explicar a discrepância ocorrida no caso 2, onde o volume do corpo adiposo bucal mensurado na ultrassonografia foi menor do que o volume excisado.

CONCLUSÃO

A ultrassonografia é um método de exame por imagem eficaz na evidenciação da presença e extensão do corpo adiposo bucal, sendo, dessa forma, uma boa opção para o planejamento pré-operatório da bichectomia. Mas quando se trata da necessidade de mensurar com precisão o corpo adiposo bucal, este método pode não ser o mais adequado, evidenciando a necessidade de se desenvolver estudos nesse âmbito.

Dentre as técnicas cirúrgicas de bichectomia, o acesso pelo fundo de sulco mostrou-se mais eficiente no que se refere ao volume de tecido removido, além de ser menos traumático e com um grau de facilidade maior no acesso ao corpo adiposo bucal. A técnica de Matarasso⁷, apesar de mais conservadora, torna-se mais traumática pois exige maior ação de divulsão no músculo bucinador.

ABSTRACT

Introduction: Bichectomy is a surgical procedure that removes part of the buccal fat pad not only for esthetic but also functional purposes, limiting recurrent trauma in the jugal region. The correct surgical indication and the aid of imaging examinations are essential for the surgical planning and selection of the technique to be used, minimizing complication rates and achieving safe and satisfactory results. **Objective:** To report two clinical cases in which bichectomy was performed, emphasizing the importance of preoperative ultrasonography in determining the volume of the buccal fat pad. **Report of clinical cases:** Two female patients (18 and 32 years), normosystemic, reported complaints of aesthetic dissatisfaction with the rounded contour of the face, in addition to a constant complaint of trauma to the jugal mucosa. At the clinical examination, the patients presented jugal mucosa of increased and traumatized volume. A bichectomy was performed by Matarasso access and by the furrow fund. **Conclusion:** ultrasonography proved to be efficient in assisting the surgical planning of bichectomy, favoring the removal of the buccal fat pad in a predictable, fast and safe way. The two surgical techniques were effective for removal of the buccal fat pad.

Uniterms: Oral surgery; Ultrasonography; Cheek.

REFERÊNCIAS

1. Bichat F. Anatomie generale appliquee a la physiologie et a la medecine paries. France, Grosse: Gabon et cie, 1802.
2. Mohan M, Shetty T, Gupta P. Buccal Fat Pad. Arch of Dent and Med Res. Karnataka, India. 2015; 1(3): 70-73.

3. Yousuf S, Tubbs RS, Wartmann CT, Kapos T, Cohen-Gadol AA, Loukas M. A review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. *Surgical and radiologic anatomy*. 2010; 32(5): 427-436.
4. Ferreira LM, Rodrigues RD, Nogueira Neto JN, De Oliveira JFCD. Lipoma: relato de caso. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2019; 40(3): 24-27.
5. Zhang HM, Yan YP, Qi KM, Wang JQ, Liu ZF. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. *Plastic and reconstructive surgery*. 2002; 109(7): 2509-2518: discussion 2519-2520.
6. Bither S, Halli R, Kini Y. Buccal Fat Pad in Intraoral Defect Reconstruction. *Journal Of Maxillofacial And Oral Surgery*. New Delhi. 2013; 451-455.
7. Matarasso A. Managing the buccal fat pad. *Aesthetic surgery journal*. 2006; 26(3): 330-336.
8. Sezgin B, Tatar S, Boge M, Ozmen S, Yavuzer R. The Excision of the Buccal Fat Pad for Cheek Refinement: Volumetric Considerations. *Aesthetic surgery journal*. 2018.
9. Da Rocha ATM, Dantas BPSZ, Dultra JA. Aspectos tomográficos do cisto radicular: relato de dois casos clínicos. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2019; 40(1): 47-51.
10. Thomas MK, D'silva JA, Borole AJ. Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*. 2012; 45(1): 122.
11. Hwang HS, Park MK, Lee WJ, Cho JH, Kim BK, Wilkinson CM. Facial soft tissue thickness database for craniofacial reconstruction in Korean adults. *Journal of forensic sciences*. 2012; 57(6): 1442-1447.
12. Dong Y, Huang L, Feng Z, Bai S, Wu Z, Zhao Y. Influence of sex and body mass index on facial soft tissue thickness measurements of the northern Chinese adult population. *Forensic science international*. 2012; 222(1-3): 396, e1-396, e7.
13. Khiabani K, Keihan S, Varedi P, Hemmat S, Razmdide R, Hoseine E. Buccal Fat Pad Lifting: An Alternative Open Technique for Malar Augmentation. *J Oral Maxillofac Surg.* Philadelphia, 2014: 403, e1-15.
14. Calvet MVB, Castro BRA, Agostinho CNLF, Bastos EG. Fechamento de comunicação buco-antral com bola adiposa de bichat: revisão de literatura e relato de caso. *Rev. Ciênc. Saúde*. São Luís. 2014; 16(2): 106-111.
15. Marques AP, Costa DOP. Emprego do exame de ultra-sonografia na Odontologia. *Rev Bras Odontol*. 2006; 63(1/2): 100-103.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

JULIERME FERREIRA ROCHA
 Avenida Universitária, S/N, 58708-110, Jatobá,
 Patos, Paraíba, Brasil. E-mail:
 juliermerocha@hotmail.com / Telefone: +55 83 9
 9975-7868.

