

A BICHECTOMIA NA HARMONIZAÇÃO E FUNÇÃO OROFACIAL

THE BICHECTOMY IN HARMONIZATION AND OROFACIAL FUNCTION

Luciano Bonatelli BISPO¹

lbbispo2@gmail.com

RESUMO

A Cirurgia Plástica e a Odontologia constituem áreas intimamente envolvidas com a face, por ser esta “o cartão de visitas” do ser humano. O apelo estético está relacionado com a mídia, e também com a aceitação física e emocional. Uma estética harmoniosa representa um aumento da autoestima e uma demonstração de sucesso socioeconômico. A multidisciplinaridade tem ganhado espaço nas ciências da saúde por representar uma associação de conceitos e técnicas entre diversos profissionais altamente especializados para a máxima performance dos resultados, trazendo realização e conforto para o paciente. Assim, a bichectomia é um procedimento contemporâneo que visa uma ressecção parcial do corpo adiposo da bochecha, com o intuito estético e funcional. Estético porque proporciona uma face mais harmônica; e funcional porque visa a correção de incômodos traumáticos promovidos por uma interferência na mastigação. O objetivo desta revisão sistemática foi ilustrar clínicos e pesquisadores sobre o procedimento cirúrgico (bichectomia) calcado em bases científicas evidenciáveis e em conhecimentos ético-legais.

DESCRITORES: Tecido Adiposo, Cirurgia Bucal, Bochecha, Estética Dentária.

ABSTRACT

Plastic surgery and Dentistry are areas closely involved with the face, as this is the “visiting card” of the human being. The aesthetic appeal is related to the media, but also to physical and emotional acceptance. A harmonious aesthetic represents a better self-esteem and a demonstration of socio-economic success. Multidisciplinarity has gained space in health sciences because it represents an association of concepts and techniques among several highly specialized professionals for maximum results performance, bringing achievement and comfort to the patient. Thus, bichectomy is a contemporary procedure that aims at a partial resection of the cheek adipose body for aesthetic and functional purposes. Aesthetic because it provides a more harmonious face; and functional because it aims to correct traumatic discomfort caused by interference with chewing. The aim of this systematic review was to illustrate clinicians and researchers about the surgical procedure (bichectomy) based on evidenced scientific and ethical-legal knowledge.

DESCRIPTORS: Adipose Tissue; Surgery, Oral; Cheek; Esthetics, Dental.

INTRODUÇÃO

A definição do que seja “Belo” possui características subjetivas e culturais. Entretanto, a mídia televisiva, escrita, falada e as mídias sociais e artísticas conduziram a mentalidade coletiva a um padrão de beleza. Magreza excessiva, com rostos esqueléticos e físico “trincado” correspondem a alguns dos arquétipos de artistas e modelos profissionais.

¹ Doutor em Dentística pela FOU SP. Especialista em Implantodontia.

ISSN 1983-5183

A evolução e a globalização dos materiais e procedimentos cirúrgicos trouxeram conceitos e técnicas da Medicina, particularmente da Cirurgia Plástica, que regem a estética e a cosmética facial. Conforme dados de 2015 do ISAPS¹, o Brasil representa o segundo país, em termos mundiais, em número de cirurgias plásticas, atrás apenas dos Estados Unidos da América¹.

Dentro desse contexto, a Odontologia, com a Resolução CFO-198/2019, reconhece como especialidade odontológica a Harmonização Orofacial. Cita, ainda, no Artigo 2º: "Definir a Harmonização Orofacial como sendo um conjunto de procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista em sua área de atuação, responsáveis pelo equilíbrio estético e funcional da face"².

Além do uso da toxina bolulínica³, (entre outras terapias estético-funcionais) a bichectomia ou bichatectomia⁴, constitui um procedimento cirúrgico que preconiza a ressecção parcial da "Bola de Bichat"⁵, melhorando consideravelmente a harmonia facial, tornando o terço médio da face mais esguio e simétrico, além de minimizar os traumatismos crônicos da mucosa jugal advindos da mastigação⁶.

O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão sistemática da literatura sobre a bichectomia, no intuito de analisar, inferir, pensar; sobre as indicações, controvérsias, críticas e complicações desse procedimento, ilustrando clínicos e pesquisadores, baseado em evidências de cunho científico e ético-legais.

METODOLOGIA

A seleção de artigos foi realizada por busca nas seguintes bases de dados: PubMed/MEDLINE, LILACS, BBO, SciELO e Google Acadêmico, com os termos de indexação: tecido adiposo, cirurgia bucal, bochecha, Odontologia Cosmética; e, em língua inglesa: adipose tissue; Surgery, Oral; cheek; Esthetics, Dental. Os termos bichectomia e bichatectomia também foram pesquisados, apesar de não constarem nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), porém, constarem em diversos *papers*.

Foram considerados elegíveis artigos publicados entre os anos de 2009 a 2019, disponíveis *on-line*, preferencialmente em língua inglesa, que mantivessem relação com o tema desta revisão. Como critério de exclusão, foram removidos artigos que se utilizaram da bichectomia como complemento de Cirurgias Plásticas maiores. Assim como Cirurgias Ortognáticas que reposicionaram ou removeram o tecido adiposo devido à extensa perda tecidual. Ou, mesmo, manipulações do tecido gorduroso por queimaduras ou acidentes automobilísticos. Inicialmente foram eleitos 9 artigos e 1 livro. Com o decorrer do estudo mais referências foram acrescentadas por constituírem citações históricas, clássicas e pertinentes ao assunto proposto nesta revisão. Constitui tema recente com poucas publicações em termos de literatura mundial⁷.

REVISÃO DE LITERATURA

A bichectomia corresponde a uma ressecção cirúrgica de uma peça gordurosa, bilateralmente distribuída nas bochechas, denominada Bola de Bichat, ou ainda, Gordura de Bichat⁶. Heister em 1732, *apud* Nicolich & Montenegro⁸ (1997), denominou-a Glândula Molar, por acreditar em sua estrutura glandular secretória e proximidade com o primeiro molar superior. Só em 1802, o médico, anatomista e biólogo Marie-François Xavier Bichat *apud* Shoja *et al.*⁹, descreveu uma massa esférica de gordura, encapsulada por tecido conjuntivo fino, localizada na parte externa do músculo bucinador e situada na

ISSN 1983-5183

frente da margem anterior do músculo masseter^{9,10}. O chamado corpo adiposo de Bichat possui forma piramidal, espalhando-se pelas áreas temporal profunda e superficial, massetéica, esfenopalatina, pterigomandibular e orbital inferior¹¹, recebendo essa nomenclatura tais partes, por estarem intimamente relacionadas com os músculos de mesma sinonímia¹¹.

Após os estudos de Bichat e suas autópsias, várias estruturas anatômicas receberam seu nome, como, na época, a fossa pterigopalatina, inicialmente denominada fossa de Bichat; e a protuberância de Bichat, posteriormente conhecida como Bola de Bichat. Esta é localizada no chamado espaço mastigatório, com peso de 9,3 gramas e volume médio de 9,6 mL¹².

Para Camarini *et al.*¹³ (2007), existem variações entre as estruturas bilateralmente no mesmo indivíduo e entre diferentes pacientes. Não importando o biotipo, que mesmo em condições de inanição, a estrutura demonstra massa e volumes constantes¹⁴. Para Stevão⁴, em 2015, os termos bichectomia ou bichatectomia (este termo, mais correto, segundo o autor), podem ser utilizados à revelia para descrever o procedimento cirúrgico de remoção dessa estrutura. Essa gordura, denominada também de sissarcose, tem função de preenchimento auxiliando a face e a motilidade da musculatura das bochechas^{15,16}. Inicia-se aos 3 meses de vida intrauterina, sua formação. Com lóbulos que, inicialmente, tendem a confluir com o plexo venoso das veias orbitais com as superficiais da face. Completa-se no quinto mês de vida intrauterino, com lóbulos evidentes, com maturação celular antes do nascimento do indivíduo^{17,18}.

Tal estrutura tem sido envolvida na harmonização facial, reconstruções pós-tumorais, em pacientes fissurados lábiopalatais, em Traumatologia Bucomaxilofacial, em fibroses submucosas bucais, em Implantodontia como enxertos, para fechamentos de defeitos intrabucais, bem como nas comunicações buco-sinusais rotineiramente nas exodontias da clínica odontológica, entre outros^{18,19,20}.

DISCUSSÃO

ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Conforme a Resolução Normativa (RN) da ANS (Agência Nacional de Saúde) nº 387/2015²¹, de 25 de outubro de 2015, revogada pela RN nº 428/2017²² de 07 de novembro de 2017, consoante tal parecer jurídico, a bichectomia não poderá ter indicação simplesmente estética. Claro que o resultado obtido, inevitavelmente, será estético, mas nunca deverá ser indicado pelo cirurgião-dentista como tal. Entretanto, o Art. 5º do Capítulo II do Conselho de Ética de Odontologia²³ admite que, embora o cirurgião-dentista esteja amparado por lei na execução da bichectomia, a legislação ainda é vaga quanto aos limites definidos de atuação do médico e do dentista²⁴. O Cirurgião Bucomaxilofacial, tem a atribuição de diagnosticar e tratar cirurgicamente doenças e suas sequelas, na região craniofacial^{24,25}.

Os fatores psicológicos e sociais invadem o limiar tênue entre o que seja estético e/ou funcional. Sendo assim, a bichectomia é um procedimento de caráter funcional, pelo acúmulo significativo de tecido gorduroso, promovendo aumento da face, desarranjo funcional; com adicional; desarmonia cosmética; sendo, invariavelmente, uma anomalia congênita²⁴. Assim, o cirurgião-dentista tem competência²⁶ para realizar atos de pertinência à Odontologia, região orofacial, desde que devidamente habilitado em curso de pós-graduação *Stricto sensu* (mestrado e doutorado) e/ou *Lato sensu* (especialização)²⁴. Não sendo considerados cursos de atualização, cursos avançados e nem de aperfeiçoamento²⁴. Adicionalmente,

a prática da bichectomia sem atentar para as disposições anteriores imputa o profissional por estar em desacordo com os conceitos ético-legais⁶. Todavia, a recente Resolução CFO-198/2019² aperfeiçoa a prática, pois qualifica profissionais com a especialidade de Harmonização Orofacial. Doravante a Comissão Conjunta CFO (Conselho Federal de Odontologia) e CFM (Conselho Federal de Medicina)²⁷ dispuseram que a competência do médico é o tratamento de neoplasias malignas, o acesso pela via cervical infra-hióidea, bem como as cirurgias estéticas; excluindo-se as cirurgias estético-funcionais do aparelho mastigatório, sendo estas de exclusividade do dentista²⁴. Pelo exposto, o cirurgião-dentista tem legitimidade, competência e respaldo legal para a execução da técnica cirúrgica da bichectomia⁶. Continua o condicionamento à obrigação de resultado e meio^{6,24}.

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS

O “calcanhar de Aquiles” da técnica constitui a precisa incisão intraoral para exposição e visualização adequadas da estrutura gordurosa, excetuando-se o ducto parotídeo (ducto de Stensen)²⁸, os ramos bucais do nervo facial, bem como pronunciados sangramentos da veia facial transversa²⁹. A técnica do “T” ou “Técnica da Cruz Intraoral”^{20,29}, dentre as consultadas na literatura, é simples, reprodutível e constitui uma padronização, tendo em vista pontos anatômicos referenciais muito relevantes (Figura 1). Identifica-se o orifício do ducto de saída da glândula parótida, a veia bucal perto do pré-molar, traçando-se uma linha imaginária⁷, ou com lápis²⁸ cópia nº 1.800, entre a saída do mesmo ducto e o sulco gengivobucal. Posteriormente, traça-se uma linha perpendicular, partindo-se da metade da primeira linha, porém paralela ao sulco posterior, em direção ao ângulo temporomandibular, cerca de 2 centímetros. Forma-se assim um “T”, com a precisão da incisão a ser realizada, protegendo-se a veia bucal e o ducto parotídeo^{29,30}. A profundidade é a de uma lâmina ativa de número 15C. Não havendo riscos maiores por ser esta curta. A partir da incisão os autores são unânimes quanto ao uso de instrumentos com ponta romba, com movimentos de divulsão, com pinça Kelly, Halsted, entre outras^{4,5,7,13,20,29,30}. A divulsão individualiza a cápsula conjuntiva da Bola de Bichat, além de evitar a ruptura das fibras musculares, principalmente a borda anterior do músculo masseter, que demonstra clinicamente ter aparência branco-aponeurótica²⁹. A dissecação é dirigida à região superoposterior até um limite entre a borda inferior do arco zigomático e o lóbulo da orelha²⁰. Discorda-se quanto à compressão externa da face para apresentação da gordura³¹ (Figura 2), buscando-se sempre uma tração suave com pinça tipo Adson (Figura 3); e, apreensão com pinça Kelly curva, sem movimentos de rotação^{20,29}. Também, discorda-se dos afastadores tipo Mead, Langenbeck^{20,29}, Bränemark, Farabeuf e Weider, tendo-se em vista a praticidade do afastador de Minnesota, com uma única mão, em sobrepor o ducto parotídeo, projetando-o para posterior e protegendo-o de incisão inadvertida. Contudo, tal preferência é empírica, e foge do escopo com base científica deste trabalho. Entretanto, tal preferência também pode ser visualizada na descrição dos casos clínicos na literatura consultada^{4,5,6,7,28,30,32,33}. Após projeção da gordura, com uma tesoura tipo Íris de 11,5cm⁷ divulsiona-se a base do pedículo gorduroso, nunca se corta. Evita-se concomitantemente, o risco de secção de alguma estrutura anatômica importante. Na literatura consultada, também não se distinguiu um parâmetro da quantidade de gordura a ser removida. Sendo desde 6mL³⁰ até 2/3 do volume total estimado de 9,6mL²⁸. Apesar de a literatura apresentar aferição da massa gordurosa retirada com balança de precisão^{5,7}, o volume é melhor controlado com seringa Luer 20mL, pressionando-se a gordura pela embocadura, com ou sem êmbolo, para melhor visualização pela escala externa desenhada³⁰. Uma média de 4mL de cada lado é uma quantidade suficiente para atingir resultados seguros e previsíveis. O importante é manter a porção bucal posterior da Bola de Bichat com parte aderida ao ligamento zigomático posterior^{20,29}.

ISSN 1983-5183

Figura 1. Representação esquemática do ducto parotídeo (ponto laranja), linha perpendicular (vermelha) na metade da distância entre o ducto e o sulco gengivobucal (linha amarela), iniciando próximo à veia bucal e terminando em nível do segundo para terceiro molar, com aproximadamente 2 centímetros de comprimento de incisão.

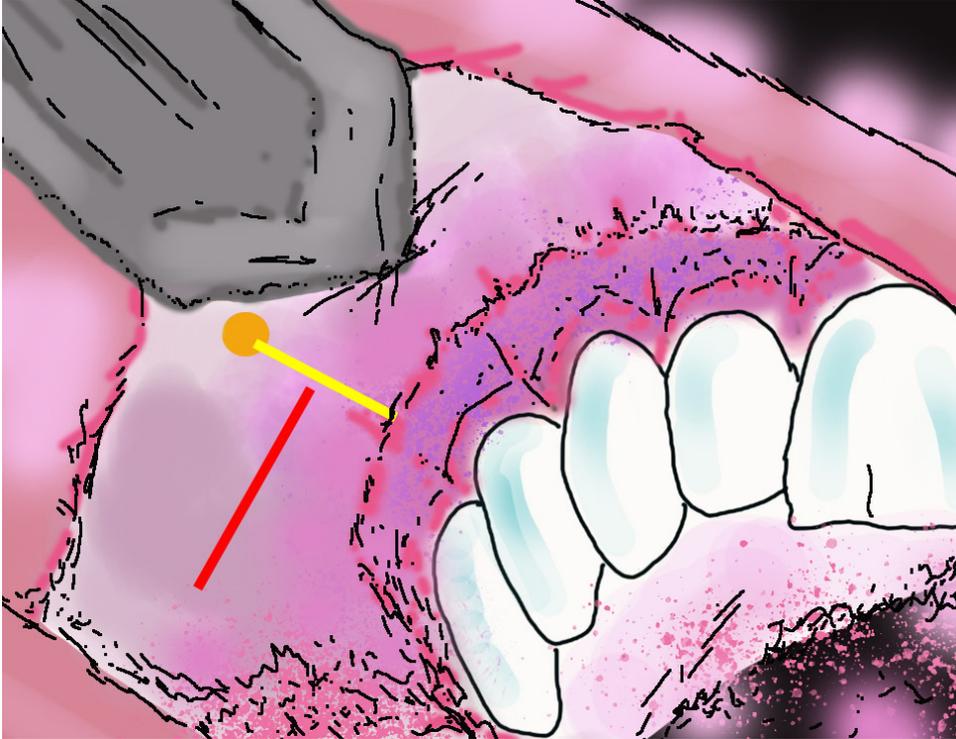
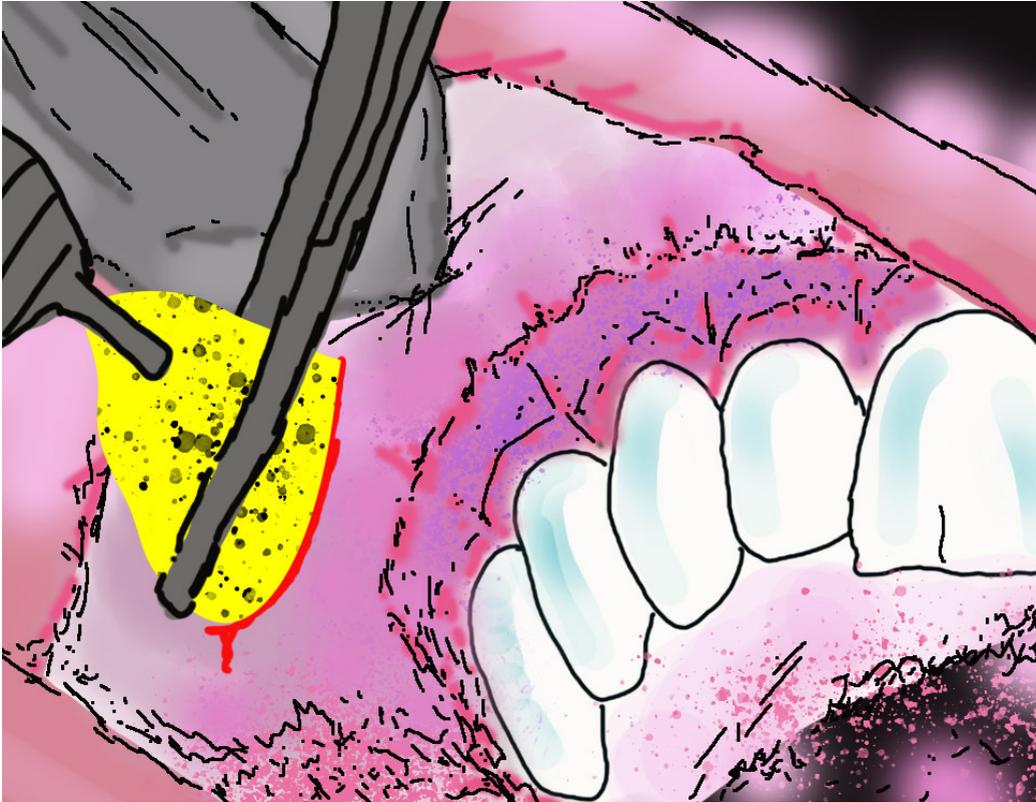


Figura 2. Esquema da Bola de Bichat após divulsão da cápsula fibrosa conjuntiva. A gordura é móvel e bem amarela “gema de ovo”.



Figura 3. Desenho mostrando apreensão com pinça de Adson (na ponta da gordura) e pinça hemostática Kelly curva 14 centímetros (na sua base). Uso do Afastador de Minnesota.



Também há unanimidade entre os autores consultados quanto à não necessidade de envio do material removido para análise histopatológica, embora possa haver não conformidade quanto ao aspecto cirúrgico da peça, que, apresentando qualquer anormalidade de coloração, vascularização ou morfologia, deve, sim, ser confirmada suspeição imprecisa^{4, 5, 7, 32}. Suturas, ao final do procedimento, são realizadas com fios de sutura monofilamento absorvível 4.0^{5, 7, 20, 29}, por proporcionarem menor acúmulo de bactérias e maior conforto para o paciente, não sendo necessária sua remoção³⁴.

ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

Para Silva & Silva Filho³², em 2017, não foram observadas contraindicações na bichectomia, apesar da escassez de estudos sobre o tema. Entretanto, aconselharam que o paciente tenha mais de 18 anos, seja saudável, não fume e seja realista sobre os objetivos pretendidos. Afirmaram, também, que o terço médio da face vai desde a região supraorbital até a base do nariz. Logo, compreende locais relevantes, como nariz e projeção zigomático-malar, com maior concentração de volume da face. Resume os benefícios da cirurgia, como: bochechas mais finas, melhor contorno facial, mais harmonia do osso zigomático aparente, melhora na autoestima e na autoconfiança. Contrariamente, Almeida & Alvary⁶ (2018) afirmaram que o ato de morder as bochechas pode gerar hiperplasias, aftas e sangramento. Relataram, sim, contraindicações: pacientes submetidos à radioterapia ou quimioterapia, portadores de infecções locais, nefropatia, coagulopatia, cardiopatias e imunossupressão, ou seja, como de qualquer cirurgia eletiva. Estes relataram também a necessidade de preservação dos ramos bucais do nervo facial, da saída do ducto da parótida, também a minimização de sangramentos advindos da

ISSN 1983-5183

veia facial transversa, o que está de acordo com outros autores^{20, 29}. Fato interessante é a citação por esses autores^{6, 20, 29} de que a bichectomia alcançará, em termos estéticos, melhores resultados, quando associada a outros procedimentos estéticos, como: lipoaspiração e/ou preenchimento da região malar. Adicionalmente, uma aferição entre os ângulos mandibulares maior do que a distância intermalar, indica que a bichectomia isolada não surtirá os efeitos desejados⁶. Alvarez & Siqueira²⁹ (2018), num acompanhamento de 27 casos cirúrgicos, encontraram 7,5% de complicações, com 1 paciente com edema devido sialocele precoce, que necessitou de incisão e colocação de dreno para normalização do fluxo salivar para a cavidade oral; e 1 caso com neuropraxia temporária, com posterior aplicação de toxina botulínica complementar, no lado contralateral, para correção de desarmonia. Descreveram também a diferença entre o “derretimento facial” promovido pela idade, com consequente frouxidão ligamentar facial, com a remoção da Bola da Bichat, sendo distintas²⁹. Injúrias no ducto de Stensen⁴, estenose do ducto parotídeo³⁰, incisão das terminações superficiais do nervo facial³⁰, retirada excessiva de gordura⁵, equimose tecidual⁵, trauma no músculo bucinador³³, corte inadvertido nas proximidades da artéria facial³³, abscesso⁴, necrose³³, supuração persistente³³, fístula salivar⁴ e parestesia temporária do nervo bucal longo^{7, 28}; assim como, hematomas e infecções³⁰ podem ocorrer, não só nas bichectomias⁷, como em qualquer cirurgia; por exemplo, numa exodontia a retalho.

Para Bittar *et al.*³⁰ (2018) concorde com Klüppel *et al.*³³ (2018), o domínio da técnica cirúrgica da bichectomia é importante para o fechamento de fístulas e comunicações buco-sinusais pós-exodontias; harmonização de hipertrofia de masseteres; reabilitação de pacientes fissurados labiopalatais; reparo de defeitos causados por ressecção de tumores; reconstruções pós-remoção de cistos maxilares; correção de defeitos pós-traumáticos; tratamento de fraturas complexas dos maxilares; restituição de defeitos dos palatos duro e mole; como artifício estético para preenchimento de volume de lábios, região paranasal e premaxilar; como preenchimento na região dos malar; e, em Implantodontia, para cirurgias de fechamento de perfuração da membrana do seio maxilar ou mesmo para preenchimento de rebordo em regiões peri-implantares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na literatura consultada sobre a bichectomia, depreende-se que:

Apesar da habilitação legal do cirurgião-dentista clínico, é fundamental que o especialista médico cirurgião plástico, o cirurgião bucomaxilofacial e o harmonizador orofacial realizem a bichectomia com indicação, diagnóstico e planejamento. Muitas vezes outras técnicas, como: aplicação da toxina botulínica, lipoaspiração cervical, preenchimento da região malar e “lipo de papada enzimática” são necessárias para uma harmonia facial pormenorizada. Assim, recomenda-se cautela, não pela técnica per se, mas pelas complicações e assimetrias faciais inerentes, que suscitam alternativas complementares.

REFERÊNCIAS

1. International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Mais recente estudo internacional demonstra crescimento mundial em cirurgia estética; 2018.
2. Conselho Federal Odontologia. Resolução 198/2019: reconhece a harmonização orofacial como especialidade odontológica, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Odontologia; 2019.

ISSN 1983-5183

3. Bispo LB. A toxina botulínica como alternativa do arsenal terapêutico na odontologia. Rev odontol Univ Cid Sao Paulo. 2019;31(1):74-87.
4. Stevao ELL. Bichectomy or bichatectomy: a small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. Adv Dent & Oral Health 2015;1(1):15-8.
5. Moreira Junior R, Peralta FS, Moreira R, Gonticho G, Máximo PM, Scherma AP. Bichectomia: aspectos relevantes e relato de caso clínico. ClipeOdonto. 2018;9(1):37-43.
6. Almeida AV, Alvary PHG. A bichectomia como procedimento cirúrgico estético-funcional: um estudo crítico. J Business Techn. 2018;7(1):3-14.
7. Moreira Jr. R, Gontijo G, Guerreiro TC, Moreira R, Sousa NL. Bichectomia, a simple and fast surgery: case report. Rev Odontol Bras Central. 2018;27(8):98-100.
8. Nicolich F, Montenegro C. Extracción de la bola de Bichat: una operación simple con sorprendentes resultados. Folia dermatol peru. 1997;8(1):1-5.
9. Shoja MM, Tubbs RS, Loukas M, Shokouhi G, Ardalan MR. Marie-Francois Xavier Bichat (1771-1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine. Ann Anat. 2008;190(5):413-20.
10. Paulsen F, Waschke J. Sobotta: atlas de anatomia humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
11. Kahn JL, Sick H, Laude M, Koritke JG. The buccal adipose body (Bichat's fat-pad). Morphological study]. Acta Anat (Basel). 1988;132(1):41-7.
12. Bichat X. Anatomie générale : appliquée à la physiologie et à la médecine. 9 ed. Paris; 1812.
13. Camarini ET, Kamei NC, Farah GJ, Daniel AN, Jacob RJ, Bento LA. Utilização do corpo adiposo bucal para fechamento de comunicação bucossinusal associado à enucleação de cisto residual: relato de caso. Rev cir traumatol buco-maxilo-fac. 2007;7(3):23-30.
14. Rocha JF, Souza AL, Sanchez MdPR, Ribeiro ED, Hochuli-Vieira E. Cierre de fístula buco-sinusal con injerto pediculado de la bola adiposa de Bichat: Protocol propuesto. Rev cir traumatol buco-maxilo-fac. 2015;15(1):27-32.
15. Allais M, Maurette PE, Cortez ALV, Laureano Filho JR, Mazzonetto R. Retalho de corpo adiposo bucal no fechamento de comunicação bucossinusal. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008;74(5):799.
16. Bernardino Júnior R, Sousa GC, Lizardo FB, Bomtempo DB, Guimarães PP, Macedo JH. Corpo adiposo da bochecha: um caso de variação anatômica. Biosci J. 2008;24(4):108-13.
17. Raldi FV, Sá-Lima JR, Moraes MB, Zanotti GG. Fechamento de comunicações buco-sinusais: utilização de enxerto pediculado do corpo adiposo bucal. RGO. 2006;54(2):178-81.
18. Farias JG, Cância AV, Barros LF. 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. 2015;15(3):25-30.

ISSN 1983-5183

19. Scartezini GR, Oliveira CFP. Fechamento de comunicação bucossinusal extensa com bola de bichat: relato de caso ROBRAC 2016.; 25(74):143-7.
20. Alvarez GS, Siqueira EJ. Bichectomia e contorno facial: DiLivros; 2018.
21. Brasil. Agência Nacional Saúde Suplementar. Resolução n. 387, de 28 outubro de 2015, Rol de procedimentos e eventos em saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2015.
22. Brasil. Agência Nacional Saúde Suplementar. Resolução n. 428, de 7 de novembro 2017, Rol de procedimentos e eventos em saúde. Brasília: Diário Oficial; 2017.
23. Conselho Regional Odontologia São Paulo. Código de Ética de Odontologia. São Paulo: Conselho Regional de Odontologia São Paulo; 2012.
24. Sangalette BS, Toledo G, Toledo FL, Vieira LV, Magro MG. Bichectomia: uma visão crítica: 17º Congresso de iniciação científica. São Paulo: SEMESP.
25. Conselho Federal Odontologia. Resolução nº 63 de 08/04/2005, consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Brasília: Diário Oficial da União; 2005.
26. Brasil. Lei n. 5.081, de 24 de agosto de 1966 , regula o Exercício da Odontologia. Brasília: Diário Oficial; 1966.
27. Brasil. Conselho Federal Odontologia. Reunião Comissão Conjunta do Conselho Federal Odontologia (CFO). Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2008.
28. Bazone Filho JRC, Allegrini Júnior S. Características físico-químicas de pastas utilizadas no preenchimento endodôntico de dentes decíduos. J Biodent Biomat. 2017;7(1):46-55.
29. Alvarez GS, Siqueira EJ. Bichectomia: sistematização técnica aplicada a 27 casos consecutivos. Rev Bras Cir Plást. 2018;33(1):74-81.
30. Bittar JA, Matos AJP, Jesus SF, Elias VV, Cury AH. Cirurgia estética da face: bichectomia: relato de caso. IAES Rev Clin de Odonto. 2018;1(1):36-41.
31. Matarasso A. Managing the buccal fat pad. Aesthet Surg J. 2006;26(3):330-6.
32. Silva RMAF, Silva Filho JP. Avaliação dos contornos faciais após remoção da bola de bichat. Rev FAIPE. 2018;7(2):73-8.
33. Klüppel L, Marcos R, Shimizu I, Silva M, Silva R. Complications associated with the bichectomy surgery. Rev Gaúch Odontol. 2018;66(3):278-84.
34. Castro HL, Okamoto T, Castro AL. Reação tecidual a alguns tipos de fios de sutura: avaliação histológica em ratos. Rev Fac Odontol Araçatuba. 1974;3(1):101-11.

RECEBIDO EM 13/06/2019

ACEITO EM 15/10/2019