



**UNIVERSIDADE CHRISTUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS**

JANAÍNA MOTTA GUERRA

**A REMOÇÃO PARCIAL DO CORPO ADIPOSEO DE BICHAT REDUZ
MEDIDAS FACIAIS LINEARES E MELHORA A SATISFAÇÃO COM A
ESTÉTICA FACIAL E QUALIDADE DE VIDA: ENSAIO CLÍNICO DE
BRAÇO ÚNICO GUIADO PELO CONSORT**

FORTALEZA

2023

JANAÍNA MOTTA GUERRA

A REMOÇÃO PARCIAL DO CORPO ADIPOSEO DE BICHAT REDUZ
MEDIDAS FACIAIS LINEARES E MELHORA A SATISFAÇÃO COM A
ESTÉTICA FACIAL E QUALIDADE DE VIDA: ENSAIO CLÍNICO DE BRAÇO
ÚNICO GUIADO PELO CONSORT

Dissertação do Curso do Mestrado em Ciências
Odontológicas apresentado ao curso de Odontologia
da Universidade Christus, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Átila Vinicius Vitor Nobre

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica da
Universidade Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G934r

Guerra, Janaína Motta.

A remoção parcial do corpo adiposo de Bichat reduz medidas faciais lineares e melhora a satisfação com a estética facial e qualidade de vida: Ensaio clínico de braço único guiados pelo Consort / Janaína Motta Guerra. - 2023.

60 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Christus - Unichristus, Mestrado em Ciências Odontológicas, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof. Dr. Átila Vinícius Vitor Nobre.

Área de concentração: Ciências Odontológicas.

1. cirurgia oral. 2. mucosa oral. 3. estética. I. Título.

CDD 617.6

JANAÍNA MOTTA GUERRA

A REMOÇÃO PARCIAL DO CORPO ADIPOSEO DE BICHAT REDUZ
MEDIDAS FACIAIS LINEARES E MELHORA A SATISFAÇÃO COM A
ESTÉTICA FACIAL E QUALIDADE DE VIDA: ENSAIO CLÍNICO DE BRAÇO
ÚNICO GUIADO PELO CONSORT

Dissertação do Curso do Mestrado em Ciências
Odontológicas apresentado ao curso de Odontologia
da Universidade Christus, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Átila Vinicius Vitor Nobre

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Átila Vinicius Vitor Nobre
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Paulo Goberlânio Barros Silva
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Phelype Maia Araújo
Equilibrium Facial Club (EXTERNO)

AGRADECIMENTOS

Nesse momento passa uma vida sob nossos olhos...vejo que tenho tanto e tanta gente para agradecer... desde a minha mãe, Ana Amélia que sempre esteve ao meu lado, aos pacientes que nos permitiram esse estudo.

Agradeço primeiramente à minha família, meu marido, Felipe, que nunca me permitiu parar de sonhar e sempre embarca comigo em meus sonhos, mesmo que às vezes não compartilhe dos mesmos, e aos meus filhos, Lucas, Mateus e Marina, que mesmo sentindo falta da mãe, morrem de orgulho dela.

O agradecimento aos professores Átila Nobre meu orientador e Paulo Goberlânio, meu co-orientador (nem jogo mais na mega sena, já gastei minha sorte!), era pra vir na primeira linha, pois sem eles, NADA seria possível. Professores de inteligência ímpar, alegria contagiante e eficiência incomparável!

Em seguida, agradeço com todas as minhas forças à minha amiga, chefe, sócia, companheira de mestrado, Maria Carolina Albuquerque, a Dra. Carol, que me convidou e sempre me incentivou a fazer o mestrado.

Agradeço demais ao Prof. Edson Cetira, mentor e responsável por todas as cirurgias. Agradeço também às alunas da graduação Clarice e Júlia que sempre estiveram comigo e às alunas Mayara e Victória que também se dedicaram ao trabalho.

Não poderia deixar de agradecer aos maravilhosos Profs. Fabrício Bitu e Sérgio Menezes por me permitirem viver, através do mestrado, uma das experiências mais incríveis da minha vida, em Guiné Bissau, na África.

Finalizo agradecendo aos membros da banca, Prof. Paulo Goberlanio, Prof. Fabrício Bitu, Prof. Rafael Linard, Phelype Maia e Átila Nobre por dedicarem seu tempo e estarem aqui presentes compondo esse momento tão especial em minha vida.

RESUMO

Avaliar a eficácia da remoção cirúrgica parcial do corpo adiposo de Bichat quanto às medidas lineares faciais, grau de satisfação com a estética da face e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Um ensaio clínico de braço único com 21 pacientes submetidos à remoção do corpo adiposo de Bichat. Os seguintes parâmetros foram avaliados inicialmente, valores basais, e até três meses de pós-operatório: escores de dor VAS (0-10), consumo de medicação de resgate, abertura bucal, medições AM-Tr, AM-CEO, AM-NA, AM-CL e AM-PM, OHIP-14 QoL escores e satisfação com a estética facial (escala FACE-Q SFAOS). Foram utilizados os testes X^2 , ANOVA RM/Bonferroni ou Friedman/Dunn ($p < 0,05$, SPSS v20.0). O pico de dor ocorreu após duas horas e, dez horas depois, os níveis retornaram aos valores basais ($p < 0,001$). O consumo de medicamentos de resgate atingiu o pico nas primeiras 24h reduzindo significativamente após 72h ($p < 0,001$). A abertura bucal média diminuiu após 24h e retornou aos níveis basais após um mês e todas as medidas lineares faciais foram reduzidas significativamente após 1 ou 3 meses ($p < 0,05$). Escores OHIP-14 e FACE-Q SFAOS apresentaram melhora significativa após um mês ($p < 0,001$), porém pacientes com idade > 25 anos mostraram uma redução significativa no FACE-Q SFAOS no final do estudo ($p = 0,006$). A remoção cirúrgica do corpo adiposo de Bichat reduz significativamente o volume da face, induz um processo inflamatório leve, controlado por medicação de resgate, e melhora qualidade de vida e satisfação com a estética facial três meses pós cirurgia. No entanto, a eficácia deste procedimento em pacientes > 25 anos é questionável.

Palavras-chave: cirurgia oral; mucosa oral; estética; cirurgia plástica; bichectomia, corpo adiposo de bichat.

ABSTRACT

To evaluate the efficacy of a Bichat's buccal fat pad removal on facial volume reduction, facial esthetic satisfaction, and oral health-related quality of life. A single-arm clinical trial with 21 patients undergoing Bichat's ball removal. The following parameters were assessed at baseline and up to 3 months postoperatively: Visual Analogue Scale pain scores (0-10), rescue medication consumption, mouth opening, AM-Tr, AM-CEO, AM-NA, AM-CL, and AM-PM measurements, Oral Health Impact Profile (OHIP)-14 QoL scores, and satisfaction with facial esthetics (FACE-Q Satisfaction with Facial Appearance Overall Scale (SFAOS)). X², analysis of variance-repeated measures/Bonferroni, or Friedman/Dunn tests were used ($p < 0.05$, SPSS v20.0). Peak pain occurred after 2 h and, 10 h later, the levels returned to baseline values ($p < 0.001$). Rescue medication consumption peaked in the first 24 h reducing significantly after 72 h ($p < 0.001$). Mean mouth opening decreased after 24 h and returned to baseline levels after 1 month, and all linear facial measures reduced significantly after 1 or 3 months ($p < 0.05$). OHIP-14 scores and FACE-Q SFAOS scores showed significant improvement after 1 month ($p < 0.001$), but patients aged > 25 years showed a significant reduction in FACE-Q SFAOS at the end of the study ($p = 0.006$). Surgical removal of the Bichat's ball induces a mild inflammatory process controlled by rescue medication, significantly reduces face volume, and improves QoL and satisfaction with facial esthetics 3 months postoperatively. However, the efficacy of this procedure in patients > 25 years old is questionable.

Keywords: Esthetics; Mouth mucosa; Oral; Quality of life; Surgery; Surgery, Plastic, Bichectomy, Bichat's ball.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características clínicas dos pacientes submetidos à retirada parcial bilateral da gordura de Bichat;

Tabela 2: Variação da abertura bucal, edema, sangramento e consumo de medicamentos no pós-operatório em pacientes submetidos à retirada parcial bilateral da gordura de Bichat;

Tabela 3: Variação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP-14) e autopercepção da estética facial (FACE-Q SFAOS) em pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat;

Tabela 4: Influência da idade na modificação da abertura bucal, escores OHIP-14 e escores da escala FACE-Q SFAOS em pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat;

Tabela 5: Influência da idade nas medidas faciais e nos escores de dor em pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	122
2.1 Objetivo Geral.....	122
2.2 Objetivos Específicos	122
3 MATERIAIS E MÉTODOS	133
3.1 Considerações éticas	133
3.2 Desenho do estudo.....	133
3.3 Participantes.....	133
3.4 Tamanho da amostra.....	144
3.5 Intervenções	14
3.6 Resultado primário.....	15
3.7 Avaliação da dor pós-operatória, trismo e volume facial	16
3.8 Qualidade de vida.....	16
3.9 OHIP-14.....	16
3.10 Face-Q SFAOS.....	17
3.11 Volume do corpo adiposo de Bichat e análise histomorfométrica	18
3.12 Análise estatística.....	18
4 RESULTADOS.....	18
4.1 Caracterização clínica da amostra de pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo de Bichat	18
4.2 Variação dos parâmetros de dor e inflamação em pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat	21
4.3 Influência da remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e a satisfação com a estética facial.....	24
4.4 Fatores modificadores da satisfação com a estética facial	25
5 DISCUSSÃO	30
6 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE.....	47

<i>ANEXOS</i>	49
----------------------------	-----------

1 INTRODUÇÃO

A bola de Bichat ou coxim adiposo de Bichat ou corpo adiposo bucal foi descrita anatomicamente em 1802 por Marie François Xavier Bichat, que após dissecar cerca de 600 cadáveres, relatou como uma massa bem circunscrita de tecido adiposo, de forma arredondada, encapsulada e de estrutura biconvexa localizada no espaço bucal, circundada medialmente pelo músculo bucinador, anterolateralmente pela fáscia cervical profunda e músculos da expressão facial e com a glândula parótida situada posteriormente e bilateralmente entre o bucinador, masseter e músculos superficiais da face, como os zigomáticos maior e menor (ZHANG et al, 2002; TRABOUSLSI-GARET et al, 2021). Naquele momento, aparentemente sem importância funcional, atribuiu-lhe a nomenclatura de Bola Gordurosa de Bichat, termo ainda comumente utilizado.

Em 1919, já no século XX, Scammon descreveu anatomicamente a Bola de Bichat como parte do corpo humano, a partir de então, os pesquisadores despertaram um maior interesse. Estudos foram direcionados principalmente na utilização em fechamento de defeitos intrabuciais, provocados pela remoção de tumores e traumatismos faciais (BERNARDINO JUNIOR et al., 2008; SILVA e SILVA FILHO 2017). No século XXI sua remoção vem ganhando destaque nas cirurgias cosméticas com o avanço da especialidade da Harmonização Orofacial (MARQUARDT 2002; D’ALESSANDRO 2011; STEVÃO, 2015)

Anatomicamente, o contorno facial inferior é composto por quatro elementos: corpo adiposo de Bichat, músculo masseter, osso mandibular e gordura subcutânea. Assim, os coxins de gordura desempenham um papel importante na estética facial. Sua remoção apresenta-se como uma técnica para melhorar a aparência do terço médio e inferior da face, destacando a proeminência malar e conferindo uma aparência facial mais esculpida (TRABOUSLSI-GARET et al, 2021).

Intimamente relacionado à formação dos sulcos nasolabiais, o corpo adiposo bucal é dividido em três lobos: anterior, intermediário e posterior. O intermediário sofre uma significativa retração volumétrica na infância e adolescência. O lobo posterior possui quatro extensões relacionadas aos músculos adjacentes: bucal, pterigóide, pterigopalatina e temporal, sendo esta primeira, a bucal, a extensão mais superficial da gordura da bochecha, influenciando assim, diretamente no contorno facial, enquanto as extensões pterigóideas e temporais causam pouco impacto na redução do volumétrica da face (ZHANG et al, 2022).

TIDEMAN et al. (1986), relataram que a extensão bucal da “almofada adiposa” (corpo adiposo da bochecha) repousa sobre a fáscia bucofaríngea, revestindo a superfície externa do músculo bucinador. O corpo principal encontra-se em profundidade ao longo de toda parte posterior da maxila e das fibras posteriores do bucinador. Segundo os autores, sua maior extensão, a "temporal", passa superiormente sob o arco zigomático para o plano temporal e se divide em duas porções: superficial e profunda. A porção superficial desloca-se entre a fáscia temporal e a superfície do músculo temporal; a profunda é estreita e transpassa entre as fibras do músculo temporal para fixar-se na asa maior do osso esfenóide, na fossa infratemporal. Assim, a extensão temporal profunda é o único processo do corpo adiposo que não pode ser facilmente separado dos tecidos adjacentes. A porção bucal é a mais larga, compreendendo de 30 a 40% do seu peso total, sendo assim responsável por proporcionar volume às bochechas STUZIN et al. (1990), sendo mais desenvolvida em lactentes, confere um contorno arredondado das bochechas. ZHANG et al. (2002), ao estudarem 11 crânios conservados em formol, definiram que o corpo gorduroso poderia ser dividido em 3 lóbulos: anterior, intermediário e posterior. Segundo os autores, cada um destes era encapsulado por uma membrana independente, fixados e nutridos por diferentes ligamentos e artérias. O lobo anterior foi localizado abaixo do zigoma, estendendo para a frente do bucinador, maxila, espaço profundo do músculo elevador do lábio superior e músculo zigomático maior. O lobo intermediário foi localizado na lateral da maxila, entre o lobo posterior e anterior. E o posterior ocupava o espaço mastigatório e estruturas adjacentes seguindo até a fissura infraorbital e o músculo temporal (ZHANG, 2002). Quanto à relação do corpo adiposo da bochecha com as áreas circunvizinhas, todo o volume gorduroso está intimamente associado a estruturas importantes, como o ducto da parótida também conhecido como ducto de Stensen e os ramos zigomático e bucal do nervo facial (STUZIN et al., 1990; POGREL et al., 1996; HWANG et al., 2005).

LOUKAS et al. (2006), através de tomografia computadorizada e ressonância magnética, analisaram 80 cadáveres humanos, e constataram que o volume médio do corpo adiposo da bochecha de homens e mulheres foram, respectivamente, de 10,2 e 8,9 ml, enquanto a sua espessura média foi de 6 mm com um peso médio de 9,7 g. Foram examinados 80 cadáveres humanos adultos (160 hemifaces), sendo 35 mulheres e 45 homens com faixa etária 55-86 anos e idade média de 59 anos. Divididos em três grupos de acordo com sua idade: Grupo A, 70 (n = 10). A divisão dos cadáveres em três grupos foi baseada na estreita distribuição etária intragrupo e não devido a outros critérios. Havendo nitidamente um decréscimo do volume do

corpo adiposo da bochecha com o avanço da idade e teve maior redução nos pacientes do sexo feminino. STUZIN et al. (1990), em estudo de dissecação de cadáveres, encontraram o peso e volume médio de 9,3 g e 9,6 ml, respectivamente. A variação com o lado contralateral foi pequena e o tamanho do corpo adiposo de Bichat pouco se relacionava à gordura corpórea dos cadáveres avaliados.

Apesar de ter sido inicialmente considerada uma estrutura não funcional, estudos mostraram que o corpo adiposo de Bichat tem várias funções significativas. Em termos fisiológicos, suas funções primárias estão relacionadas ao preenchimento do espaço mastigatório, como uma almofada deslizante para reduzir o atrito entre os músculos - aumentando eficiência mastigatória e preenchendo as áreas dos músculos miméticos, protegendo assim, os músculos faciais mais sensíveis ao trauma por ação muscular ou por forças externas (ZHANG et al, 2002)]. Além disso, ela neutraliza a pressão negativa durante a aspiração (sucção) em recém-nascidos (lobo intermediário) e, à semelhança de uma estrutura valvar, modula o fluxo sanguíneo venoso do plexo pterigóideo exocraniano e endocraniano (ZHANG et al, 2002; BAGDAD et al, 1966).

A remoção parcial do corpo adiposo bucal tem sido indicada para uso no fechamento de comunicações buco-sinusais (EGYEDI, 1977), enxertos livres na cavidade oral (NEDER, 1963), cobertura de enxertos ósseos utilizados para reconstrução de maxila (SAMMAN et al, 1993), defeitos orais após excisão de lesões malignas (RAPIDIS et al, 2000), defeitos pós maxilectomia parcial de neoplasias (AMIN et al, 2005), reconstrução da região periorbitária após trauma (HOLTON et al, 2004), para correção de defeitos congênitos da cavidade oral (EGYEDI, 1977), trauma recorrente por mordedura, reconstrução em pacientes com fissura labiopalatina e, mais recentemente, para razões estéticas/funcionais, redução de volume na região da bochecha (MATARASSO, 2006; ALMEIDA et al, 2018). Esse procedimento, tendo como objetivo a estética, (BAUMANN e EWERS 2000; CALVET et al., 2014; CHAKRABARTI et al., 2009; COLELLA 2004; DE FARIAS et al., 2015), tem sido relatado na literatura, devido ao fato do corpo adiposo da bochecha estar associado ao formato da face (TOSTEVIN et al., 1995), contribuir para a proeminência da superfície externa do rosto e proporcionar o volume das bochechas (STUZIN et al., 1990), fatores que têm conduzido à indicação da remoção cirúrgica dessa estrutura anatômica para obtenção de linhas faciais mais harmônicas seguindo a tendência estética atual, que valoriza o rosto mais fino (CARBONELL

et al., 1991). O procedimento de exérese do corpo adiposo da bochecha com finalidade exclusivamente estética recebe o nome de bichectomia.

MATARASSO (2006), em estudo de relato de dois casos, observou que adultos com uma ampla face central que desejam o refinamento, a modelagem ou a harmonia de suas características esqueléticas são candidatos potenciais para a excisão do corpo adiposo da bochecha. Segundo o autor, a remoção dessa estrutura anatômica contribui de forma significativa para a melhora da estética facial – melhorando o contorno que destaca a angulação dos traços faciais esqueléticos, pois a retirada proporciona a projeção mais indireta dos ossos malares, devido ao efeito de esvaziamento na lateral das comissuras orais (KHIABANI et al., 2014). STEVÃO (2015), em relato de dois casos clínicos, defendeu que o procedimento de bichectomia confere ao rosto uma aparência mais jovem, sendo possível obter um contorno facial mais suave e estético, dentro de um equilíbrio harmonioso. Porém para alcançar melhores resultados estéticos, alguns fatores como envelhecimento facial e IMC (ligado diretamente à gordura superficial), devem ser observados.

Até os anos 90, o conceito de rejuvenescimento facial era limitado a uma visão bidimensional, e a abordagem era focada na redução de rugas e sulcos. Com o aprimoramento do conhecimento anatômico da face, esse conceito foi expandido e agora abrange uma visão tridimensional, que reconhece como sinais de envelhecimento não só a perda da textura cutânea e as rugas de expressão, mas também as perdas volumétricas secundárias à remodelação óssea e a redistribuição da gordura facial (DONOFRIO, 2000). Assim, uma abordagem que reconheça o equilíbrio entre as várias estruturas faciais, respeitando sexo, etnia e objetivos de cada paciente, permite resultados mais naturais e harmoniosos no tratamento. (PARADA et al .2017).

Portanto, este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia da remoção cirúrgica parcial do corpo adiposo bucal de Bichat quanto às medidas lineares faciais, grau de satisfação com a estética da face e qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a eficácia da remoção cirúrgica parcial do corpo adiposo de Bichat quanto às medidas lineares faciais, grau de satisfação com a estética da face e qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a influência da remoção cirúrgica parcial do corpo adiposo de Bichat na variação de medidas lineares faciais;
- Avaliar a influência da remoção cirúrgica parcial do corpo adiposo de Bichat na variação dos escores de dor, abertura bucal e consumo de medicação de resgate pós-cirúrgico;
- Avaliar a influência da remoção cirúrgica parcial do corpo adiposo de Bichat na autopercepção da estética facial e na qualidade de vida relacionada à saúde oral durante pós cirúrgicos;
- Avaliar a influência de variáveis clínicas na eficácia da remoção cirúrgica parcial do corpo adiposo de Bichat.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Considerações éticas

Conduzimos este trabalho seguindo as Normas para Pesquisa da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Resolução No. 466 de 2012. O protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Christus por meio de seu cadastro na Plataforma Brasil. Após aprovação pelo Comitê de Ética, sob protocolo número 36402920.8.0000.5049, os voluntários receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido explicando os objetivos do estudo, metodologia e riscos e benefícios relacionados. A confidencialidade dos voluntários foi respeitada. Este estudo segue os princípios declarados na Declaração de Helsinque “Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos”, adotado pela 18ª Assembleia Médica Mundial, Helsinque, Finlândia, junho de 1964, e emendada mais recentemente pela 64ª Assembleia Médica Mundial, Fortaleza, Brasil, outubro de 2013.

3.2 Desenho do estudo

Foi realizado um ensaio clínico prospectivo de braço único. Após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa, este estudo foi registrado no site do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), de endereço eletrônico (<https://ensaiosclinicos.gov.br/pesquisador>). Além disso, ressaltamos que este ensaio clínico seguiu os itens descritos na última versão do CONSORT (Consolidated Standards for Reporting Trials) disponível em <http://www.consort-statement.org/extensions/checklists>.

3.3 Participantes

Indivíduos saudáveis pela classificação da *American Society of Anesthesiologists* – (ASA) I e de ambos os sexos, com idade entre 18 e 45 anos, foram recrutados a partir da demanda espontânea que procuram o Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial (graduação e pós-graduação) do curso de Odontologia da Universidade Christus (UNICHRISTUS), com necessidade de remoção parcial do corpo adiposo bucal de Bichat, bilateralmente, foram convidados a participar deste estudo. Os voluntários foram inicialmente avaliados quanto aos

critérios de elegibilidade que nortearam o processo de seleção dos participantes deste ensaio. Um prontuário clínico foi preenchido na consulta inicial e no pós-operatório.

Foram excluídos os voluntários que preencheram pelo menos um dos seguintes critérios: fumantes, gestantes ou lactantes, sinais de qualquer condição inflamatória ou infecciosa pré-operatória e doenças sistêmicas.

Como critérios de remoção considerados durante o desenvolvimento do estudo, os pacientes que não seguiram as recomendações indicadas anteriormente, além de procedimentos cirúrgicos que ultrapassaram 2 horas, ou mesmo os pacientes que não retornassem para as consultas de avaliação pós-operatória seriam excluídos desta pesquisa.

3.4 Tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado no estudo de LOUKAS et al, 2006, que demonstrou que o volume do corpo adiposo de Bichat prejudica significativamente nas medidas faciais para a identificação legal ($10,80 \pm 0,90$ a $9,90 \pm 0,88$ ml). Estimou-se avaliar 21 pacientes para obter uma amostra representando 90% de poder e 95% de confiança na hipótese alternativa deste estudo (teste t de Student).

3.5 Intervenções

Em consulta prévia ao procedimento cirúrgico, coletamos dados sobre sexo, idade, estado geral de saúde, IMC, hemograma, contagem de plaquetas, razão normalizada internacional (RNI), perfil lipídico e aspectos intra e extraorais.

Todos os pacientes foram submetidos a uma técnica cirúrgica padronizada, respaldada por evidências científicas, realizada em ambiente ambulatorial, sob anestesia local, seguindo rigoroso controle de biossegurança. Um único cirurgião bucomaxilofacial realizou todos os procedimentos cirúrgicos. A remoção parcial da extensão vestibular do corpo adiposo bucal de Bichat foi realizado sob anestesia local com mepivacaína a 2% e epinefrina 1: 200.000 (Mepivalem AD; Dentsply, EUA), utilizando um total de dois ou três tubetes, cada um contendo 1,8 ml da solução anestésica. Uma incisão de tamanho médio de 1 cm foi feita no sulco bucal, seguida de herniação da gordura da respectiva região. Ao final, a ferida cirúrgica foi rigorosamente fechada com sutura de fio de seda 4-0 [adaptado de NEZAFATI et al. (12)].

No pós-operatório, todos os voluntários foram assistidos com medicação de suporte. Dipirona 500mg (em intervalos de 6 horas) foi prescrita devido à sua recomendação como medicamento de resgate em metodologias semelhante a esta, segundo ABAD-GALLEGOS et al, 2011. Todos os pacientes foram orientados a fazer uso da medicação ao sentirem dor ou desconforto local, portanto esse parâmetro também foi analisado. Instruções pós-operatórias também foram lidas e explicadas com a devida atenção a cada paciente, inclusive seguindo dieta líquida e fria nas primeiras 24 horas, realizando rigorosa higiene bucal e evitando bochechos vigorosos para prevenir a ocorrência de sangramento pós-operatório.

Os pacientes foram informados de que, inicialmente, deveriam entrar em contato com o cirurgião por telefone em caso de persistência do sangramento ou se julgassem necessário. Além disso, os pacientes também foram solicitados a relatar o aparecimento de quaisquer sintomas durante os períodos pós-operatórios, como náuseas, vômitos, tontura, dor de cabeça, insônia e sinais de infecção. Em casos de processos infecciosos, amoxicilina 500mg seria prescrito em intervalos de 8 horas por sete dias. Em casos de alergia confirmada, usaríamos a medicação apropriada. No caso de um abscesso intra ou extraoral instalado, seria realizado um procedimento cirúrgico de drenagem em associação à prescrição medicamentosa mencionada anteriormente.

O tecido adiposo foi parcialmente removido. Em seguida, o volume clínico foi mensurado com uma seringa Luer descartável de 10mL e armazenada em formalina tamponada a 10% para medir o volume usando um béquer graduado de 50ml. As amostras foram processadas histologicamente e as lâminas foram coradas com hematoxilina-eosina.

3.6 Resultado primário

Os resultados primários deste estudo foram os dados brutos das medições por parâmetros clínicos relacionados ao volume facial. Os desfechos secundários, por sua vez, foram os escores de qualidade de vida e grau de satisfação com procedimento estético dos pacientes em relação ao pós-operatório. Todos os resultados foram avaliados por um observador que não participou dos procedimentos cirúrgicos ou da análise dos dados.

3.7 Avaliação da dor pós-operatória, trismo e volume facial

Os pacientes foram avaliados diariamente quanto à percepção da dor pós-operatória por meio de um teste com uma escala analógica visual de 10 pontos e uso de medicação de resgate nos primeiros sete dias após o procedimento cirúrgico. Avaliação da dor foi realizada considerando os lados direito e esquerdo (ALBUQUERQUE et al, 2015; COSTA et al, 2015).

A avaliação da limitação de abertura bucal (trismo) foi mensurada através da capacidade de abertura máxima nos períodos determinados abaixo. Para isso, foi utilizado um paquímetro digital, interposto entre as bordas dos incisivos centrais superiores e inferiores (ALBUQUERQUE et al, 2015; COSTA et al, 2015).

Para medir o volume da face, utilizamos linhas entre pontos faciais específicos do lado operado. Essas distâncias foram medidas em milímetros do ângulo mandibular (AM) ao tragus (distância AM-Tr), canto externo do olho (distância AM-CEO), asa do nariz (distância AM-AN), comissura labial (distância AM-CL), pogônio mole (distância AM-PM). As diferenças obtidas entre os valores pré-operatórios e os obtidos nas avaliações pós-operatórias (1 dia, 3 dias, 7 dias, 1 mês e 3 meses) foram comparadas.

3.8 Qualidade de vida

Para a avaliação da qualidade de vida, cada paciente recebeu dois questionários para serem respondidos: (1) um questionário chamado Perfil de Impacto na Saúde Bucal (OHIP-14), que foca os efeitos adversos da saúde bucal na qualidade de vida (SHUGARS et al, 2006), e (2) uma FACE-Q Satisfação com a Aparência Facial Escala Global (FACE-Q SFAOS), questionário para a análise da autopercepção da estética facial. Ambos os instrumentos foram validados em português brasileiro e aplicados nos mesmos períodos em que as medidas lineares faciais foram avaliadas: antes cirurgia e 1 dia, 3 dias, 7 dias, 1 mês e 3 meses depois.

3.9 OHIP-14

O questionário OHIP-14 é composto por 14 questões distribuídas em sete domínios. Duas questões foram aplicadas para cada um dos sete domínios (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, deficiência física, deficiência psicológica, deficiência social e desvantagem social). As perguntas referem-se com que frequência os indivíduos sentem

difficuldade em mastigar, dificuldade em pronunciar palavras, desconforto ao comer, preocupação devido a problemas dentários, menos gosto na comida, interromper refeições, sentir-se chateado ou envergonhado, evitar sair ou enfrentar problemas, e sendo incapaz de trabalhar por causa de problemas dentários.

Medido em uma escala tipo Likert de 5 pontos, o OHIP-14 calcula a prevalência, extensão e gravidade dos escores de qualidade de vida segundo Shugars et al. (SHUGARS et al, 2006): a porcentagem de voluntários relatando um ou mais itens "bastante" ou "muito frequentemente" representarão uma medida de prevalência. Um item relato "com bastante frequência" ou "muitas vezes" será considerado clinicamente importante e prejudicial à qualidade de vida. Além disso, a pontuação de cada tópico será computada como o número de itens relatados "com bastante frequência" ou "muito frequentemente", enquanto a severidade será computada como a soma das pontuações do OHIP-14, codificadas da seguinte forma: “Nunca” (0 pontos), “quase nunca” (1 ponto), “ocasionalmente” (2 pontos), “com bastante frequência” (3 pontos), e “frequentemente” (4 pontos).

3.10 FACE-Q SFAOS

O FACE-Q SFAOS é um instrumento desenvolvido por Klassen et al. (KLASSEN et al, 2010) e avaliado psicometricamente por Pusic et al. (PUSIC et al, 2013), recentemente validado em português do Brasil por Gama et al. (GAMA et al, 2020), e recentemente testado em profissionais que trabalham com harmonização facial por Albuquerque et al. (ALBUQUERQUE et al 2022). É composto por dez itens que avaliam a percepção atual da aparência facial quanto à simetria, harmonia, proporção, frescor ou vitalidade, aparência ao longo do tempo (como aparência facial descansada), aparência ao final do dia, aparência ao acordar, sua aparência sob luz forte e a sua imagem e do perfil de outra pessoa (visão lateral ou contorno).

Os itens possuem quatro opções de resposta em uma escala tipo Likert ascendente de 4 pontos (muito insatisfeito, pouco insatisfeito, pouco satisfeito e muito satisfeito), que geram pontuações que variam de 10 a 40 e somando um escore total de 0 a 100 relacionado ao nível de satisfação com a imagem do rosto.

3.11 Volume do corpo adiposo de Bichat e análise histomorfométrica

Medimos o volume do corpo adiposo bucal de Bichat em seringas descartáveis Luer de 10ml após remoção cirúrgica imediata. Após a fixação em formol tamponado a 10%, as amostras foram colocadas em frasco graduado de 50mL contendo a mesma solução para medir o coxim de gordura em ambos os lados.

Após a verificação volumétrica pós-fixação do tecido adiposo direito e esquerdo, as amostras foram processadas histologicamente para confecção de lâminas de hematoxilina-eosina. De cada lâmina, dez campos microscópicos foram fotografados com aumento de 400x. As imagens foram exportadas para o software ImageJ, no qual a média verificada de cada adipócito presente na imagem foi realizada por meio do comando Freehand selections.

Os adipócitos cortados pela fotomicrografia não foram medidos. Assim, calculamos a área média de adipócitos por paciente.

3.12 Análise estatística

Os dados foram tabulados em planilha padrão do Microsoft Excel na forma de códigos por uma pessoa que não participou das demais etapas do estudo para fornecer um dado estatístico cego. Em seguida, os dados foram exportados para o software SPSS v20.0, no qual as análises estatísticas foram realizadas com 95% de nível de confiança. Dor, abertura bucal, edema, qualidade de vida e satisfação com a estética facial foram expressos como média e desvio padrão no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Usamos testes ANOVA para analisar medidas repetidas e em seguida o pós-teste de Bonferroni, teste t pareado ou teste de Friedman seguido do pós-teste de Dunn.

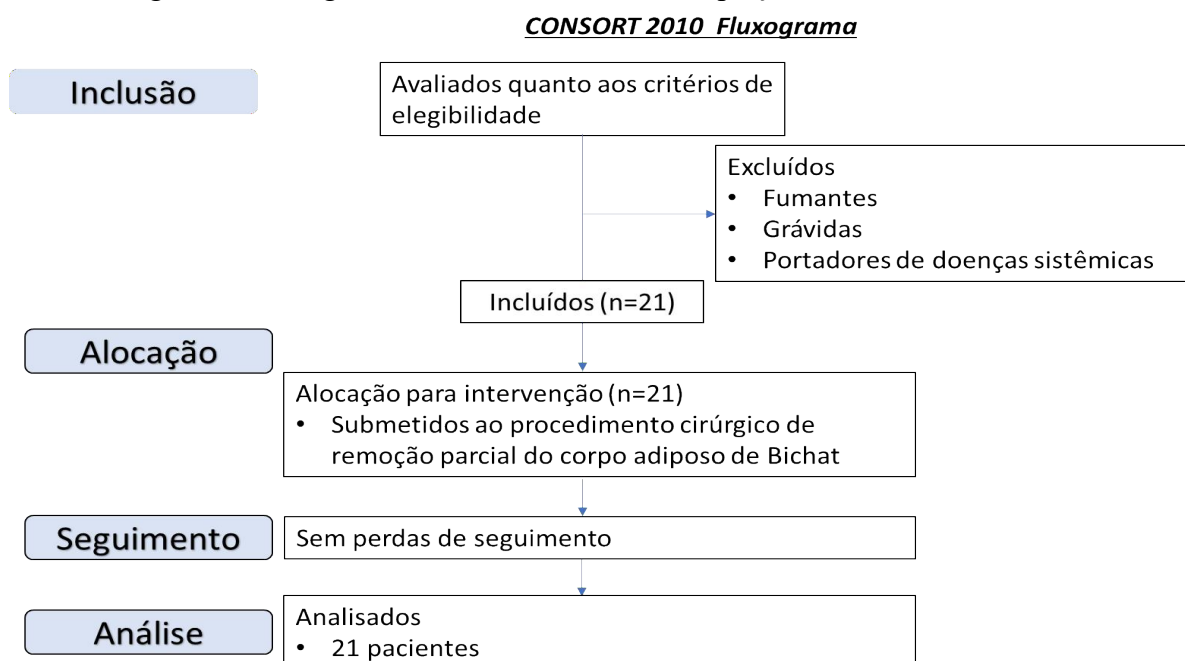
Outros dados categóricos foram expressos em frequência absoluta e percentual e comparados pelo Teste exato de Fisher ou teste do qui-quadrado de Pearson. Além disso, os questionários OHIP-14 e FACE Q SFAOS foram submetidos à análise de consistência interna e cálculo dos valores de alfa de Cronbach em cada período de avaliação.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização clínica da amostra de pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo de Bichat

A amostra foi composta por 21 participantes (Figura 1). Destes, a maioria (n=15, 71,4%) eram mulheres, com média idade de $23,71 \pm 4,88$ anos, e a escolaridade mais frequente foi o ensino médio (n=14, 71,4%). A maioria dos indivíduos tinha renda entre dois e três salários-mínimos (n=10, 47,6%) e a queixa estética era a mais relatada por esses pacientes (n=15), mais do que queixas funcionais (n=13). Sete pacientes relataram queixas estéticas e funcionais (edema e parestesia transitória, por exemplo). Os exames laboratoriais de todos os pacientes estavam dentro dos níveis nomais e são mostrados na Tabela 1.

Figura 1: Fluxograma do CONSORT com adaptações



Fonte: Autoria própria

O volume médio do corpo adiposo bucal de Bichat do lado direito ($4,18 \pm 1,05$ ml) e do lado esquerdo ($4,07 \pm 0,97$ ml) não diferiram significativamente. Da mesma forma, o volume por pletismometria do coxim adiposo bucal de Bichat nos lados direito ($5,24 \pm 1,27$ ml) e esquerdo ($5,07 \pm 1,14$ ml) não diferiram. Ainda assim, o volume por pletismometria foi significativamente maior em ambos os lados do que o volume medido clinicamente pela da seringa ($p < 0,001$).

O tempo cirúrgico médio não diferiu entre os dois lados operados ($p = 0,261$), assim

como o tamanho da incisão ($p=0,329$) ou o número de tubetes anestésicos utilizados ($p=0,083$). Adipócitos em média $4062 \pm 1357 \mu\text{m}^2$ à direita e $3930 \pm 1333 \mu\text{m}$ no lado esquerdo. Não houve diferença significativa entre os dois (Tabela 1).

Tabela 1: Características clínicas de pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat.

	n (%) ou média $\pm$ DP
Sexo	
Feminino	15 (71.4%)
Masculino	6 (28.6%)
Idade	23.71$\pm$4.88
Escolaridade	
Ensino fundamental	4 (19.0%)
Ensino médio	15 (71.4%)
Ensino superior	2 (9.5%)
Renda	
<1 salário-mínimo	3 (14.3%)
1-2 salários-mínimos	5 (23.8%)
2-3 salários-mínimos	10 (47.6%)
>5 salários-mínimos	3 (14.3%)
Queixa	
Queixa estética	15 (71.4%)
Queixa funcional	13 (61.9%)
Exames laboratoriais	
Colesterol Total	175.45 $\pm$ 30.46
LDL	106.75 $\pm$ 28.71
HDL	48.15 $\pm$ 13.80
Triglicerídeos	117.77 $\pm$ 87.05
Hemácias	4.80 $\pm$ 0.50
HB	14.09 $\pm$ 1.43
HCT	42.60 $\pm$ 4.08
VCM	89.03 $\pm$ 4.43

Leucócitos	7154±1633
Neutrófilos	4116±1079
Linfócitos	2277±732
Volume clínico da bola de Bichat (mL)	
Lado direito	4.18±1.05
Lado esquerdo	4.07±0.97
Volume pós fixação da bola de Bichat (mL)	
Lado direito	5.24±1.27
Lado esquerdo	5.07±1.14
Área média dos adipócitos (µm²)	
Lado direito	4062±1357
Lado esquerdo	3930±1333
Tempo cirúrgico (min)	
Lado direito	14.80±6.46
Lado esquerdo	15.40±6.17
Tamanho da incisão (cm)	
Lado direito	1.05±0.15
Lado esquerdo	1.07±0.24
Número de tubetes anestésicos (n)	
Lado direito	1.71±0.70
Lado esquerdo	1.79±0.66

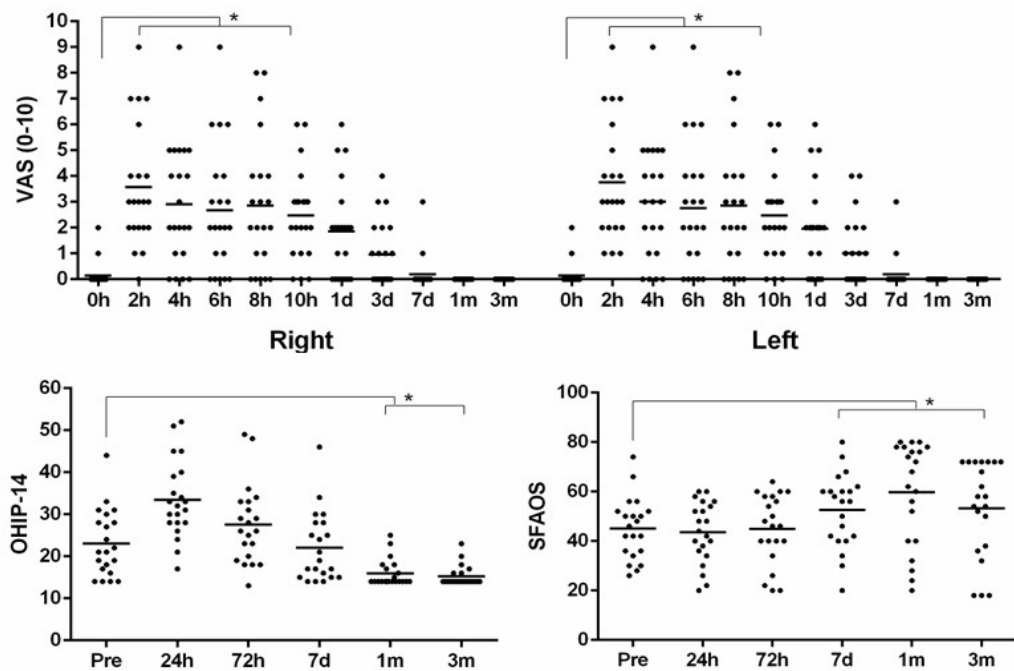
Fonte: Autoria própria. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual ou média e desvio-padrão.

4.2. Variação dos parâmetros de dor e inflamação em pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat

Tanto no lado direito (0,14±0,48) quanto no esquerdo (0,14±0,48), houve um aumento significativo na média de dor duas horas após o procedimento cirúrgico (3,57±2,36 e 3,76±2,28, respectivamente). Os valores permaneceram significativamente elevados até dez horas após a cirurgia (2,48±1,75 e 2,48±1,75, respectivamente), e um dia após cirurgia (1,86±1,85 e 1,95±1,80, respectivamente), os valores retornaram aos níveis normais ($p < 0,001$). O número de pacientes com escores elevados de dor ($VAS \geq 8$) foi de 1 (4,8%) 2h, 4h e 6h após o procedimento cirúrgico e 2 (9,6%) 8h após o procedimento cirúrgico reduzindo para 0 após 10h. Apesar desse aumento, o número de pacientes apresentando altos escores de dor não

aumentaram significativamente ($p=0,378$) (Figura 2).

Figura 2: Gráfico de dispersão exibindo médias e valores individuais dos escores de dor pós-operatória (VAS), escores OHIP-14 e escores FACE-Q SFAOS em pacientes submetidos à remoção parcial bilateral da gordura de Bichat. * $p<0,05$, teste de Friedman/Dunn (linhas horizontais = média das pontuações)



Fonte: Autoria própria

A abertura média da boca apresentou redução significativa em relação ao pré-operatório ($51,52 \pm 7,17$ mm) e 24 horas após o procedimento cirúrgico ($19,84 \pm 6,95$ mm). Valores retornados aos níveis basais um mês após a cirurgia ($48,13 \pm 7,87$ mm) ($p<0,001$) (Tabela 2).

Os valores de Ang-Tragus mostraram uma redução significativa do pré-operatório e após três meses tanto do lado direito ($p<0,001$) quanto do lado esquerdo ($p=0,006$). Os valores médios do lado direito foram significativamente menores que os do lado esquerdo ($p=0,031$). Da mesma forma, os valores de Ang-Ceo mostraram uma redução significativa de pré-operatório e após três meses tanto do lado direito ($p=0,021$) quanto do lado esquerdo ($p=0,020$) (Tabela 2).

A medida de Ang-Asa demonstrou um aumento significativo em relação ao período pré-

operatório, a partir de um mês após a cirurgia no lado direito ($p=0,005$) e a partir do terceiro mês no lado esquerdo ($p=0,002$). Ambas as medidas de Ang-CI e Ang-Pog mostraram redução significativa após três meses de cirurgia do lado direito ($p<0,001$ e $p=0,010$, respectivamente) e do lado esquerdo ($p=0,010$ e $p=0,019$, respectivamente). Os valores do lado direito e esquerdo não diferiram em nenhum desses parâmetros ($p>0,05$) (Tabela 2).

Vinte e quatro horas após a cirurgia, 95,2% da amostra fez uso de medicação pós-operatória. Houve uma redução significativa após 72 horas, quando apenas 57,1% continuaram em uso de medicação pós-operatória. Depois dos sete dias, nenhum paciente usou mais medicação de resgate ($p<0,001$). Após 24 horas da cirurgia, pequenos sinais de sangramento foram observados em todos os pacientes e após 72 horas em apenas 4,8% da amostra, reduzindo significativamente a partir de então e mantendo os valores baixos até o final do estudo ($p<0,001$) (Tabela 2).

Embora exista a possibilidade de complicações durante e após o procedimento cirúrgico para a remoção parcial do corpo adiposo de Bichat, já mencionadas anteriormente, neste estudo nenhum paciente apresentou complicações.

Tabela 2: Variação de abertura bucal, edema, sangramento e consumo de medicação pós operatória em pacientes submetidos remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat.

	Tempo						p-Value
	Pré	24h	72h	7d	1m	3m	
Abertura Bucal	51.52±7.17 ^a	19.84±6.95 ^b	23.81±8.50 ^b	28.29±11.23 ^b	48.13±7.87 ^a	52.48±7.67 ^a	<0.00
Ang Tragus							
Direito	5.52±0.89 ^a	5.80±1.05 ^a	5.56±0.72 ^a	5.52±0.62 ^a	5.25±0.74 ^a	4.90±0.73 ^b	<0.0
Esquerdo	5.49±0.83 ^a	5.73±0.70 ^a	5.51±0.76 ^a	5.55±0.81 ^a	5.38±0.67 ^a	5.11±0.73 ^b	0.00
p-Valor[†]	0.835	0.768	0.715	0.780	0.229	0.031	
Ang Ceo							
Direito	9.00±0.66 ^a	8.97±0.89 ^a	9.02±0.94 ^a	9.30±0.75 ^a	9.23±0.63 ^a	8.62±0.67 ^b	0.02
Esquerdo	8.98±0.84 ^a	9.06±0.78 ^a	9.18±0.92 ^a	9.03±0.78 ^a	8.99±0.53 ^a	8.45±0.63 ^b	0.02
p-Valor[†]	0.906	0.585	0.301	0.096	0.053	0.111	
Ang Asa							
Direito	10.26±0.84 ^a	10.49±0.79 ^a	10.39±0.91 ^a	10.15±0.63 ^a	9.88±0.72 ^b	9.46±0.73 ^b	0.00
Esquerdo	9.85±0.72 ^a	10.42±0.77 ^a	10.29±1.02 ^a	9.81±0.79 ^a	9.89±0.52 ^a	9.40±0.64 ^b	0.00
p-Valor[†]	0.065	0.724	0.578	0.062	0.950	0.642	
Ang CI							
Direito	8.09±0.63 ^a	8.59±0.96 ^a	8.46±0.84 ^a	8.21±0.58 ^a	8.23±0.94 ^a	7.86±0.75 ^b	<0.0
Esquerdo	8.04±0.90 ^a	8.50±0.85 ^a	8.25±1.02 ^a	8.00±0.68 ^a	7.98±0.70 ^a	7.67±0.65 ^b	0.02
p-Valor[†]	0.802	0.651	0.320	0.164	0.168	0.347	
Ang Pog							
Direito	10.24±0.85 ^a	10.71±1.34 ^a	10.68±1.12 ^a	10.50±0.94 ^a	10.33±0.86 ^a	9.98±0.95 ^b	0.01
Esquerdo	10.39±0.65 ^a	10.68±0.86 ^a	10.60±0.82 ^a	10.30±0.89 ^a	10.22±0.94 ^a	9.93±0.97 ^b	0.01
p-Valor[†]	0.340	0.882	0.688	0.287	0.495	0.659	
Medicação pós-operatória (%)	0.0 ^a	95.2 ^b	57.1 ^c	0.0 ^a	0.0 ^a	0.0 ^a	<0.0
Sangramento (%)	0.0 ^a	100.0 ^b	4.8 ^a	9.5 ^a	9.5 ^a	0.0 ^a	<0.0

Fonte: Autoria própria. *Teste ANOVA-RM/Bonferroni (média $\pm$ DP); †Teste t pareado; ‡Teste qui-quadrado ou exato de Fisher (%). Letras minúsculas diferentes = diferença significativa entre períodos de avaliação.

4.3. Influência da remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e a satisfação com a estética facial

Os escores médios do OHIP-14 mostraram um nível de insatisfação de $23,10 \pm 7,94$ antes do procedimento cirúrgico. Esses valores permaneceram significativamente elevados até um (15,90 $\pm$ 3,22) e três (15,24 $\pm$ 2,43) meses após a cirurgia, quando os escores de insatisfação diminuíram significativamente ($p < 0,001$) (Figura 2).

Todos os domínios do questionário OHIP-14 apresentaram aumento significativo na insatisfação 24 horas após a cirurgia. A dor física apresentou retorno aos níveis basais após 72 horas de pós-operatório e todos os outros após sete dias de pós-operatório. Após sete dias, o desconforto psicológico ($p < 0,001$) e a incapacidade psicológica ($p < 0,001$) atingiram níveis significativamente mais baixos do que no pré-operatório e, após um mês, todos os domínios apresentaram valores significativamente menores do que no pré-operatório ($p < 0,001$). Valores alfa de Cronbach demonstraram adequada consistência interna do OHIP-14 até sete dias de pós-operatório ($\alpha > 0,700$). No entanto, após um ($\alpha = 0,675$) e três ($\alpha = 0,686$), os valores de alfa de Cronbach mostraram-se inferiores a 0,700 (Tabela 3). As análises de consistência interna, item a item, e domínio a domínio do OHIP-14 estão disponíveis no ANEXO V.

Tabela 3: Variação dos escores de qualidade de vida relacionada a saúde bucal (OHIP-14) e autopercepção da estética facial (FACE Q SFAOS) em pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat

	Tempo						p-Valor
	Pré	24h	72h	7d	1m	3m	
OHIP-14							
D1. Limitação funcional	2.76 $\pm$ 1.00 ^a	4.38 $\pm$ 1.53 ^b	3.10 $\pm$ 1.04 ^b	2.76 $\pm$ 1.48 ^a	2.10 $\pm$ 0.30 ^c	2.05 $\pm$ 0.22 ^c	<0.001 *
D2. Dor física	3.76 $\pm$ 2.02 ^a	5.67 $\pm$ 1.68 ^b	3.43 $\pm$ 1.08 ^a	3.86 $\pm$ 1.68 ^a	2.19 $\pm$ 0.68 ^c	2.00 $\pm$ 0.00 ^c	<0.001 *
D3. Desconforto psicológico	4.19 $\pm$ 2.06 ^a	4.76 $\pm$ 2.02 ^b	4.62 $\pm$ 1.80 ^b	3.33 $\pm$ 1.96 ^c	2.52 $\pm$ 1.08 ^c	2.33 $\pm$ 0.97 ^c	<0.001 *
D4. Deficiência física	3.10 $\pm$ 1.79 ^a	5.81 $\pm$ 1.99 ^b	4.57 $\pm$ 2.16 ^b	3.76 $\pm$ 1.97 ^b	2.33 $\pm$ 1.15 ^c	2.24 $\pm$ 0.62 ^c	<0.001 *
D5. Deficiência psicológica	3.86 $\pm$ 2.20 ^a	4.81 $\pm$ 1.47 ^b	4.95 $\pm$ 2.18 ^b	2.95 $\pm$ 1.36 ^c	2.57 $\pm$ 1.03 ^c	2.52 $\pm$ 0.98 ^c	<0.001 *
D6. Deficiência social	2.81 $\pm$ 1.25 ^a	4.33 $\pm$ 1.68 ^b	3.57 $\pm$ 1.91 ^b	2.86 $\pm$ 1.31 ^a	2.14 $\pm$ 0.48 ^c	2.05 $\pm$ 0.22 ^c	<0.001

D7. Desvantagem social	2.62±1.12 ^a	3.67±1.53 ^b	3.33±1.53 ^b	2.57±1.03 ^a	2.05±0.22 ^c	2.05±0.22 ^c	[*] <0.001 [*]
Alpha de Cronbach	0.793	0.882	0.886	0.877	0.675	0.686	
FACE Q SFAOS							
Q1. Você está satisfeito com a simetria do seu rosto?	1.95±0.80 ^a	2.00±0.77 ^a	2.05±0.80 ^a	2.67±0.73 ^b	2.90±1.18 ^b	2.95±1.20 ^b	[*] <0.001 [*]
Q2. Você está satisfeito com a harmonia do seu rosto?	2.00±0.77 ^a	2.10±0.70 ^a	2.10±0.83 ^a	2.48±0.81 ^a	2.95±1.20 ^b	3.05±1.12 ^b	[*] <0.001 [*]
Q3. Você está satisfeito em relação a proporção do seu rosto?	2.00±0.84 ^a	2.33±0.80 ^a	2.10±0.77 ^a	2.71±0.64 ^a	2.86±1.24 ^b	2.95±1.20 ^b	[*] <0.001 [*]
Q4. Você está satisfeito com a aparência do seu rosto no final do dia?	2.57±0.68 ^a	2.29±0.72 ^a	2.24±0.70 ^a	2.71±0.72 ^a	2.95±1.20 ^b	3.05±1.12 ^b	0.001 [*]
Q5. Você está satisfeito com o frescor do seu rosto?	2.71±0.56 ^a	2.29±0.72 ^a	2.38±0.74 ^a	2.71±0.85 ^a	3.14±1.20 ^b	3.05±1.20 ^b	0.003 [*]
Q6. Você está satisfeito com a aparência descansada do seu rosto?	2.38±0.86 ^a	2.29±0.72 ^a	2.24±0.77 ^a	2.67±0.97 ^a	2.90±1.09 ^a	2.81±1.08 ^a	0.110
Q7. Você está satisfeito com a aparência do seu perfil (vista lateral)?	2.33±0.91 ^a	2.33±0.73 ^a	2.33±0.80 ^a	2.67±0.86 ^a	3.05±1.12 ^b	2.90±1.09 ^b	0.008 [*]
Q8. Você está satisfeito com a aparência do seu rosto em fotos?	2.10±0.89 ^a	1.95±0.74 ^a	2.29±0.85 ^a	2.57±0.93 ^a	3.14±1.15 ^b	3.00±1.10 ^b	[*] <0.001 [*]
Q9. Você está satisfeito com a aparência do seu rosto ao acordar?	2.19±1.03 ^a	2.14±0.91 ^a	2.33±0.91 ^a	2.52±0.93 ^a	3.00±1.14 ^b	2.95±1.12 ^b	0.008 [*]
Q10. Você está satisfeito com a aparência do seu rosto sob luz intensa (ou forte)?	2.29±1.06 ^a	2.10±0.70 ^a	2.38±0.86 ^a	2.57±0.87 ^a	2.95±1.20 ^b	2.90±1.09 ^b	0.009 [*]
Alpha de Cronbach	0.904	0.947	0.966	0.973	0.970	0.986	

Fonte: Autoria própria. *Teste Friedman/Dunn (média ± DP); D = domínio; Q = questão. Letras minúsculas diferentes = diferença significativa entre períodos de avaliação.

Os escores médios da escala FACE-Q SFAOS demonstraram um nível de satisfação com a estética facial de 45,05±12,48 antes do procedimento cirúrgico. Esses valores permaneceram significativamente baixos até um (59,71±20,83) e três (53,33±19,39) meses após a cirurgia, quando os escores de satisfação com a estética facial aumentaram significativamente ($p<0,001$) (Figura 2).

Todos os itens da escala FACE-Q SFAOS apresentaram um aumento significativo em um mês pós-operatório ($p<0,05$), com exceção do item "Q1. Você está satisfeito com a simetria do seu rosto?" que apresentou aumento após sete dias de pós-operatório ($p<0,001$) e item "Q6. Você está satisfeito com seu rosto enquanto descansa?" que não variou significativamente ($p=0,110$) ao longo do período. Os valores alfa de Cronbach demonstraram consistência da escala FACE-Q SFAOS ao longo do período, aumentando durante os períodos de avaliação ($\alpha>0,700$) (Tabela 3). A

análise de consistência interna item a item da escala FACE-Q SFAOS está disponível no ANEXO VI.

4.4. Fatores modificadores da satisfação com a estética facial

Dos 21 pacientes avaliados, 14 (66,7%) apresentaram maiores valores na escala FACE-Q SFAOS do pré-operatório até a avaliação final de três meses. O aumento médio nos valores foi de 8,28 pontos, variando de -38 a +40 pontos. Os pacientes que apresentaram diminuição da satisfação apresentaram diminuição média de -14,00 pontos, variando de -2 a -38, e os pacientes que apresentaram maior satisfação apresentaram aumento médio de +19,42, variando de +2 a +40 pontos.

Quando avaliamos os fatores clínicos, apenas a idade influenciou significativamente nesse desfecho. Pacientes que mostraram aumento dos escores da escala FACE-Q SFAOS tinham uma idade média significativamente menor ($21,71 \pm 1,94$) do que os pacientes que apresentaram piora ($27,71 \pm 6,58$) ($p=0,005$). Dos 14 pacientes que apresentaram melhora no FACE-Q SFAOS, 13 (92,9%) tinham até 25 anos, e dos sete pacientes que apresentaram piora na Escala FACE-Q SFAOS, 5 (71,4%) tinham mais de 25 anos. A prevalência de pacientes com melhora na FACE-Q SFAOS foi de 32,50 (IC95% = 2,38-443,14), vezes maior em pacientes com idade até 25 anos ($p=0,006$) (ANEXO V).

A idade prejudicou a abertura bucal e os escores do OHIP-14, mas a média do FACE-Q SFAOS aumentou significativamente em pacientes menores de 25 anos no 7º dia pós-operatório ($p=0,001$) e em pacientes >25 anos, apesar de um aumento significativo no FACE-Q SFAOS após 7 dias e 1 mês pós-cirúrgico, os escores drasticamente reduziram após 3 meses pós-cirúrgico ($p = 0,048$) atingindo uma média significativamente menor do que no grupo de pacientes até 25 anos ($p<0,001$) (Tabela 4). O volume clínico, a pletismometria do corpo adiposo de Bichat, e os escores VAS não diferiram entre esses dois subgrupos, mas a redução da AngTragus ($p=0,030$), direito ($p<0,001$) e esquerdo ($p=0,043$) Ang-Ceo, direito ($p=0,046$) e esquerdo ($p=0,004$) Ang-Asa, direita ($p=0,001$) e esquerda ($p=0,005$) medidas de Ang-Cl e Ang-Pog direita ($p=0,034$) mostradas em pacientes <25 anos não foram observadas em pacientes >25 anos ($p>0,05$) (Tabela 5).

Tabela 4: Influência da idade na modificação da abertura bucal, escores OHIP-14 e escores da escala FACE-Q SFAOS em pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat.

	Idade		
	<25anos	>25anos	p-Valor
Abertura bucal			
Pré	51.00±7.58 ^a	52.83±6.49 ^a	0.610
24h	20.87±6.09 ^b	17.28±8.84 ^b	0.297
72h	24.47±7.72 ^b	22.17±10.85 ^b	0.589
7d	27.20±9.94 ^b	31.00±14.67 ^b	0.498
1m	48.05±8.60 ^a	48.33±6.38 ^a	0.944
3m	52.73±7.70 ^a	51.83±8.28 ^a	0.815
p-Valor*	<0.001	0.032	
OHIP-14			
Pré	21.67±7.00 ^a	26.67±9.67 ^a	0.200
24h	35.13±9.75 ^b	29.17±6.37 ^b	0.185
72h	29.67±9.46 ^b	22.33±7.09 ^a	0.104
7d	23.00±9.07 ^a	19.83±6.43 ^c	0.448
1m	15.60±3.20 ^c	16.67±3.44 ^c	0.507
3m	14.60±1.30 ^c	16.83±3.82 ^c	0.215
p-Valor†	<0.001	0.003	
FACE Q SFAOS			
Pré	45.60±13.69 ^a	43.67±9.75 ^a	0.757
24h	42.13±12.06 ^a	47.33±13.54 ^a	0.399
72h	43.07±13.18 ^a	49.33±16.57 ^a	0.371
7d	54.67±12.25 ^b	47.33±20.81 ^a	0.324
1m	60.67±20.99 ^b	57.33±22.19 ^b	0.750
3m	61.73±10.74 ^b	32.33±20.99 ^c	<0.001
p-Valor‡	0.001	0.048	

Fonte: Autoria própria. *Teste ANOVA-RM/Bonferroni; † Teste de Friedman/Dunn; ‡ teste t; ||Teste de Mann-Whitney (média ± DP). Letras minúsculas diferentes = diferença significativa entre o período de avaliação.

Tabela 5: Influência da idade nas medidas faciais e nos escores de dor em pacientes

submetidos à remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat.

	Remoção parcial do corpo			Remoção parcial do corpo		
	adiposo de Bichat lado Direito		p-Valor	adiposo de Bichat lado Esquerdo		p-Valor
	<25anos	>25anos		<25anos	>25anos	
Volume clínico do corpo						
adiposo de Bichat (mL)	4.08±1.04	4.42±1.11	0.520 [‡]	4.00±0.82	4.25±1.33	0.605 [‡]
Pletismometria do corpo						
adiposo de Bichat (mL)	5.30±1.31	5.08±1.28	0.734 [‡]	5.10±1.26	5.00±0.89	0.862 [‡]
Escores VAS						
0h	0.13±0.52 ^a	0.17±0.41 ^a	0.890 [§]	0.13±0.52 ^a	0.17±0.41 ^a	0.890 [§]
2h	3.47±2.45 ^b	3.83±2.32 ^b	0.756 [§]	3.73±2.34 ^b	3.83±2.32 ^b	0.930 [§]
4h	3.20±2.43 ^b	2.17±2.04 ^b	0.370 [§]	3.33±2.38 ^b	2.17±2.04 ^b	0.306 [§]
6h	3.13±2.42 ^b	1.50±2.35 ^b	0.175 [§]	3.27±2.40 ^b	1.50±2.35 ^b	0.142 [§]
8h	3.47±2.47 ^b	1.33±2.42 ^b	0.089 [§]	3.47±2.47 ^b	1.33±2.42 ^b	0.089 [§]
10h	2.93±1.75 ^b	1.33±1.21 ^b	0.056 [§]	2.93±1.75 ^b	1.33±1.21 ^b	0.056 [§]
1d	2.27±1.98 ^b	0.83±0.98 ^a	0.111 [§]	2.40±1.88 ^b	0.83±0.98 ^a	0.071 [§]
3d	1.20±1.32 ^a	0.33±0.82 ^a	0.154 [§]	1.27±1.44 ^a	0.33±0.82 ^a	0.155 [§]
7d	0.20±0.77 ^a	0.17±0.41 ^a	0.922 [§]	0.20±0.77 ^a	0.17±0.41 ^a	0.922 [§]
1m	0.00±0.00 ^a	0.00±0.00 ^a	1.000 [§]	0.00±0.00 ^a	0.00±0.00 ^a	1.000 [§]
3m	0.00±0.00 ^a	0.00±0.00 ^a	1.000 [§]	0.00±0.00 ^a	0.00±0.00 ^a	1.000 [§]
p-Valor*	<0.001	<0.001		<0.001	<0.001	
Ang Tragus						
Pré	5.44±0.95 ^a	5.72±0.75 ^a	0.532 [‡]	5.41±0.75	5.68±1.06	0.506 [‡]
24h	5.71±1.04 ^a	6.02±1.15 ^a	0.555 [‡]	5.71±0.75	5.77±0.61	0.880 [‡]
72h	5.51±0.71 ^a	5.67±0.81 ^a	0.673 [‡]	5.49±0.77	5.58±0.82	0.800 [‡]
7d	5.54±0.51 ^a	5.47±0.90 ^a	0.814 [‡]	5.63±0.81	5.33±0.82	0.456 [‡]
1m	5.29±0.65 ^a	5.15±0.99 ^a	0.699 [‡]	5.45±0.52	5.22±0.98	0.606 [‡]
3m	4.87±0.77 ^b	4.97±0.67 ^a	0.785 [‡]	5.16±0.75	4.98±0.75	0.630 [‡]
p-Valor [†]	0.030	0.679		0.188	0.292	
Ang Ceo						
Pré	9.07±0.73 ^a	8.82±0.43 ^a	0.436 [‡]	8.93±0.93 ^a	9.10±0.64 ^a	0.693 [‡]
24h	9.13±0.94 ^a	8.58±0.67 ^a	0.217 [‡]	9.11±0.86 ^a	8.95±0.58 ^a	0.689 [‡]
72h	8.96±1.04 ^a	9.17±0.68 ^a	0.661 [‡]	9.18±0.97 ^a	9.17±0.88 ^a	0.977 [‡]
7d	9.57±0.58 ^a	8.60±0.73 ^a	0.004 [‡]	9.23±0.74 ^a	8.53±0.67 ^a	0.063 [‡]
1m	9.39±0.66 ^a	8.83±0.31 ^a	0.064 [‡]	9.12±0.47 ^a	8.67±0.60 ^a	0.078 [‡]
3m	8.57±0.72 ^b	8.77±0.56 ^a	0.550 [‡]	8.39±0.68 ^b	8.58±0.52 ^a	0.548 [‡]
p-Valor [†]	<0.001	0.784		0.043	0.429	
Ang Asa						
Pré	10.20±0.81 ^a	10.40±0.98 ^a	0.641 [‡]	9.82±0.78 ^a	9.93±0.60 ^a	0.755 [‡]
24h	10.45±0.88 ^a	10.58±0.56 ^a	0.730 [‡]	10.41±0.69 ^a	10.43±1.02 ^a	0.959 [‡]
72h	10.37±1.01 ^a	10.43±0.65 ^a	0.895 [‡]	10.29±0.96 ^a	10.28±1.25 ^a	0.984 [‡]
7d	10.23±0.59 ^a	9.93±0.73 ^a	0.336 [‡]	10.05±0.80 ^a	9.20±0.30 ^a	0.002 [‡]
1m	9.87±0.82 ^a	9.90±0.42 ^a	0.927 [‡]	9.99±0.51 ^a	9.63±0.48 ^a	0.162 [‡]
3m	9.35±0.81 ^b	9.73±0.39 ^a	0.293 [‡]	9.27±0.66 ^b	9.72±0.47 ^a	0.153 [‡]
p-Valor [†]	0.046	0.143		0.004	0.390	
Ang Cl						
Pré	8.19±0.70 ^a	7.83±0.35 ^a	0.255 [‡]	7.95±0.97 ^a	8.28±0.70 ^a	0.452 [‡]
24h	8.70±1.01 ^a	8.32±0.87 ^a	0.424 [‡]	8.72±0.80 ^a	7.93±0.75 ^a	0.053 [‡]
72h	8.41±0.88 ^a	8.58±0.78 ^a	0.674 [‡]	8.41±0.99 ^a	7.85±1.07 ^a	0.270 [‡]
7d	8.29±0.51 ^a	8.02±0.76 ^a	0.340 [‡]	8.18±0.62 ^a	7.57±0.67 ^a	0.060 [‡]
1m	8.32±1.07 ^a	8.02±0.45 ^a	0.517 [‡]	8.09±0.65 ^a	7.70±0.82 ^a	0.265 [‡]
3m	7.67±0.71 ^b	8.42±0.62 ^a	0.050 [‡]	7.59±0.64 ^b	7.87±0.70 ^a	0.399 [‡]
p-Valor [†]	0.001	0.312		0.005	0.221	
Ang Pog						
Pré	10.33±0.95 ^a	10.02±0.56 ^a	0.456 [‡]	10.38±0.70 ^a	10.40±0.57 ^a	0.951 [‡]
24h	10.62±1.55 ^a	10.93±0.57 ^a	0.639 [‡]	10.72±0.85 ^a	10.57±0.97 ^a	0.724 [‡]
72h	10.44±1.17 ^a	11.28±0.76 ^a	0.120 [‡]	10.52±0.75 ^a	10.78±1.02 ^a	0.520 [‡]
7d	10.34±0.81 ^a	10.92±1.19 ^a	0.214 [‡]	10.39±0.89 ^a	10.05±0.93 ^a	0.441 [‡]
1m	10.22±0.94 ^a	10.60±0.57 ^a	0.371 [‡]	10.24±0.95 ^a	10.18±1.00 ^a	0.905 [‡]
3m	9.83±1.00 ^b	10.35±0.76 ^a	0.271 [‡]	9.87±1.02 ^a	10.10±0.89 ^a	0.629 [‡]
p-Valor [†]	0.034	0.510		0.152	0.398	

Fonte: Autoria própria. *Teste de Friedman/Dunn; †Teste ANOVA-RM/Bonferroni; ‡ teste t; ||Teste de Mann-Whitney (média ± DP). Letras minúsculas diferentes = diferença significativa entre o período de avaliação

5 DISCUSSÃO

O presente estudo observou que a remoção parcial do coxim adiposo da bochecha reduziu significativamente as medidas lineares faciais, melhorou a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e aumentou da satisfação com a estética facial.

Resultados adicionais apontam uma melhor medição do volume do corpo adiposo bucal por pletismometria do que por seringas Luer (BAZONE FILHO et al, 2017), e que 66,7% dos pacientes apresentaram melhora na satisfação com a estética facial; contudo, pacientes com idade >25 anos apresentaram piora nesse parâmetro.

De acordo com o estudo de Xiao (XIAO et al, 1999), o volume médio da gordura bucal de Bichat entre indivíduos de diferentes faixas etárias difere, regredindo com o avançar da idade. No entanto, Roman-Torres et al. (ROMAN-TORRES et al 2017) afirmam que há um aumento no volume do corpo adiposo de Bichat com a idade e uma regressão insignificante apenas no idoso. Jackson (JACKSON et al, 2003) afirma que o crescimento da gordura da bochecha não é simétrico e que seu crescimento é significativo entre 10 e 20 anos e que esse volume tende a diminuir após os 30 anos.

Segundo TIDEMAN et al. (1986), a literatura não é vasta nesse quesito e a maioria dos trabalhos encontrados estão sempre relacionados ao uso do corpo adiposo da bochecha para recobrimento de defeitos, e não à bichectomia, em tempo que também não eram claros quanto à diferença entre os lados e mensuração do volume ou peso, relação volume do corpo adiposo de Bichat e o IMC ou altura, e principalmente, satisfação pessoal e qualidade de vida. Por um lado, isso valoriza os presentes dados, que certamente contribuirão para o maior conhecimento do corpo adiposo bucal e, conseqüentemente, proverão diretrizes para a indicação mais racional da bichectomia, mas, por outro lado, impossibilita a comparação com mais evidências que pudessem sedimentar tais achados. A revisão sistemática de Traboulsi-Garet et al. (TRABOULSI-GARETI et al,

2021), sobre a excisão do corpo adiposo de Bichat no afinamento das bochechas, apontou um estudo em que 84,6% dos pacientes afirmaram que seus contornos faciais melhoraram muito. Esses valores são superiores aos nossos, mas foram obtidos sem o uso de uma escala validada, o que compromete significativamente sua avaliação de satisfação.

Segundo Matarasso (MATARASSO et al, 1991) e Stevão (STEVÃO et al, 2015), o resultado da remoção parcial do corpo adiposo de Bichat ocorre aproximadamente entre 3 e 6 meses de pós-operatório, período em que o edema é definitivamente reabsorvido. O estudo de Akama (AKAMA et al, 2018) mostrou uma melhora na redução das medidas faciais após a cirurgia, entre elas, 18% entre tragus- comissura labial, 17% tragus-canto externo do olho, 16% tragus-mento e 16% tragus-asa do nariz. Em nosso estudo, a redução das medidas faciais começou a ocorrer após um mês. Houve redução significativa consolidada após três meses de pós-operatório, principalmente nas medidas entre ângulo mandibular-tragus, uma medida objetiva da eficácia da remoção parcial do corpo adiposo de Bichat, ângulo mandibular-canto externo do olho, ângulo mandibular-comissura labial, ângulo mandibular e pogônio mole.

Lima e Souza (LIMA et al, 2016) utilizaram em seu estudo da avaliação da dor por meio da Escala Visual Analógica de 10 pontos (VAS), mostrando um pico de dor em até 4 horas após a cirurgia, e avaliação do trismo no pré-operatório e pós-operatórios de 7 dias e de três meses, por meio de abertura bucal. Houve limitação da abertura bucal na avaliação de 7 dias e aumento gradual na avaliação de 3 meses. Os resultados do nosso estudo seguiram a mesma linha dos estudos citados, mostrando um aumento no escore de dor nas primeiras horas após cirurgia, além de redução da abertura bucal com uma melhora após sete dias. Assim, podemos notar que a dor pós-operatória não dura mais de 24 horas, embora o trismo presente no pós-operatório permaneça por até um mês. Depois disso, notamos que os escores de qualidade de vida melhoraram significativamente. A qualidade de vida do OHIP-14 está fortemente relacionada à abertura da boca.

Diante dos resultados, podemos perceber que no OHIP-14, quanto maior a pontuação, pior a qualidade de vida. Após um mês com a melhora da abertura bucal, os valores diminuem, e esses níveis tornam-se mais baixos que os iniciais, promovendo aumento da qualidade de vida após 1 e 3 meses. Os domínios desconforto e deficiência psicológica foram os que responderam mais rapidamente. Sete dias após a cirurgia, os pacientes já se sentiam aliviados com a remoção.

Após as análises de consistência interna, podemos ver que o OHIP-14 não possui boa consistência interna após um mês porque os pacientes começam a não relacionar com os problemas funcionais que o corpo adiposo de Bichat costumava trazer e deixam de associá-lo à qualidade de vida.

Traboulsi-Garet et al. (TRABOULSI-GARET et al, 2021) descreveram que o trismo aparece em 2,24% dos casos, uma complicação leve. Nosso estudo mostrou redução da abertura bucal nos primeiros sete dias de pós-operatório, resolvendo-se após este período.

Faria et al. (FARIA et al, 2018), em seus estudos com 59 pacientes, abordaram resultados sutis com a remoção parcial do corpo adiposo de Bichat e destacou a importância da conversa com o paciente para esclarecimento do procedimento, evitando uma idealização do resultado. Silva et al. (SILVA et al, 2017) descrevem que o terço médio da face após a remoção da gordura do corpo adiposo bucal de Bichat traz conforto emocional aos pacientes, destacando a região malar e levando a harmonização no contorno facial. Ainda assim, Jackson (JACKSON et al, 2003) afirma que a remoção parcial do corpo adiposo de Bichat sozinho traz resultados quase imperceptíveis quando não indicado corretamente, dificultando a percepção da estética. Nesse sentido, o de resultados estéticos, o IMC e o envelhecimento facial necessitam ser considerados.

Com a redução na síntese de colágeno e aumento de sua degradação, devido ao aumento dos níveis de collagenase, o conteúdo cutâneo de colágeno é reduzido em cerca de 1% ao ano ao longo da vida adulta, iniciando-se ao redor dos 30 anos na mulher e um pouco mais tardiamente nos homens. As fibras de colágeno remanescentes apresentam-se desorganizadas, mais compactas e fragmentadas. As fibras elásticas diminuem em número e diâmetro. A quantidade de ácido hialurônico endógeno está reduzida. Essas mudanças influenciam negativamente o turgor da pele e o colágeno (PARADA et al 2017). A hipoderme apresenta afinamento ocasionado pelo envelhecimento, pelo emagrecimento ou por práticas desportivas de alta performance em que há redução do índice de massa corporal. À palpação, esses pacientes referem sentir a pele fina e sem consistência, com falta de “enchimento”. As mudanças que ocorrem nesses tecidos podem ter grande influência nas áreas vizinhas, levando a uma cascata de eventos secundários. Embora as principais queixas que levam o paciente a procurar o tratamento sejam rugas e sulcos, é importante considerar que essas alterações são resultado da lenta e progressiva mudança que se instala em todas as estruturas da face (BEER, 2009; GOLDMAN, 2011).

A remodelação óssea craniofacial é um importante contribuinte para o envelhecimento facial (PARADA et al. 2017). SHAW, KAHN (2007) encontraram alterações no contorno da órbita (remodelação superomedial e inferolateral), reabsorção da glabella e alargamento da

fossa piriforme, entre outras alterações. Em relação aos músculos, ainda não está claro se ocorre envelhecimento histológico com a idade ou se sofrem alterações fisiológicas em resposta ao processo de envelhecimento das estruturas subjacentes. Le Louarn e colaboradores propuseram que os coxins de gordura profundos, abaixo dos músculos da mímica facial, seriam responsáveis pelas formas curvilíneas desses músculos e contribuiriam para a projeção anterior característica de um rosto juvenil (LOUARN, BUTHIAU, BUIS, 2007). Também sugeriram que a perda volumétrica abaixo desses músculos, que ocorre durante o envelhecimento, levaria a um encurtamento e aplainamento dessas estruturas, contribuindo assim para as mudanças que caracterizam o envelhecimento facial. O rosto jovem apresenta maior quantidade de gordura, distribuída uniformemente, permitindo uma transição suave de uma área para outra e conferindo uma topografia tridimensional mais arredondada, delineada por uma série de arcos e convexidades (PARADA et al. 2017).

Várias escalas e métodos de avaliação facial são usados na medicina estética para observar marcas de envelhecimento facial, frouxidão da pele, localização da sobrelavada, linhas da testa, sulcos lábio mentuais (linhas de marionete) e pés de galinha. Além disso, as escalas atualmente disponíveis permitem comparações intra-estudos e avaliação de resultados pós-procedimento (CARRUTHERS, CARRUTHERS, 2010) a ortodontia estética, já existe uma escala proprietária para o Impacto Psicossocial na Odontologia Estética (PIDAQ) usada para avaliar a perspectiva do paciente sobre o impacto relacionado explicitamente à ortodontia (SANTOS, GONÇALVES, MAREGA, 2016). Já a OHIP (Perfil de Impacto da Saúde Bucal) (MATHIESON, PEACOCK, CHIN, 2001) é utilizada para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (SILVEIRA et al. 2014). A escala FACE-Q SFAOS é uma escala que foi criada para avaliação das necessidades estéticas em procedimentos de rinoplastia. É composto por 10 questões simples cujas respostas são dispostas em uma escala do tipo Likert de 4 pontos ascendentes, que geram pontuações que variam de 10 a 40 e são somadas a uma pontuação total que varia de 0 a 100 relacionada ao nível de satisfação com a imagem da estética facial. Trata-se de uma escala de aplicação rápida que pode auxiliar na identificação de demandas estéticas faciais visando à análise profissional para subsidiar a tomada de decisão clínica (KLASSEN et al. 2010; PUSSIC et al. 2013). Recentemente essa escala foi adaptada transculturalmente para o português brasileiro por Gama et al. (2020) em pacientes submetidos à rinoplastia, e analisamos o FACE-Q SFAOS sem adaptações (GAMA et al. 2018). Essa escala demonstrou alto nível de consistência interna, sugerindo que a escala pode ser aplicada

por profissionais que trabalham com harmonização facial (BUJANG et al 2018). Portanto, aparentemente, nenhum viés de questionários foi inserido quando esta escala foi aplicada para odontologia, sugerindo que a adaptação transcultural, mas não interprofissional, desempenha um papel importante no ajuste do FACE-Q SFAOS. (GJERSING, CAPLEHORN, CLAUSEN, 2010).

A consistência interna é comumente medida pelo alfa de Cronbach que é uma importante medida que mede o nível de entendimento sobre um instrumento de avaliação. Valores adequados desse coeficiente estão diretamente associados à boa confiabilidade, responsividade e interoperabilidade, contribuindo para o conhecimento teórico e senso crítico dos profissionais de saúde sobre o instrumento utilizado (ECHERVARRÍA-GUANILO, GONÇALVEZ, ROMANOSKI, 2018).

Portanto, usar escalas de satisfação validadas aumenta a sensibilidade de identificar essas nuances. Nós usamos FACE-Q SFAOS, também testada em profissionais que trabalham com harmonização por Albuquerque et al. (ALBUQUERQUE et al, 2022). Este instrumento apresentou alta consistência interna em todo o período de avaliação, mostrando-se adequado na mensuração da satisfação com a estética facial.

Por sua vez, a escala OHIP-14 perdeu consistência interna após um mês de avaliação, período em que os escores de insatisfação diminuíram e a qualidade de vida melhorou. O estudo de Cabrejo et al. (CABREJO et al, 2017) mostra que a maioria o edema facial pós-operatório diminui dentro de 12 semanas após a cirurgia, então esse parâmetro provavelmente interfere significativamente com a consistência interna da escala, pois apenas sete dias de pós-operatório, o desconforto e a incapacidade psicológica atingiram níveis significativamente mais baixos do que no pré-operatório. Aparentemente, os pacientes sentem rapidamente alívio com a remoção do corpo adiposo de Bichat, reforçando seu impacto na função funcional e psicossocial (SHUGARS et al, 2006; SLADE, et al, 2004).

Na escala FACE Q SFAOS, o item "Q1. Você está satisfeito com a simetria do seu rosto?" mostra um aumento após sete dias de pós-operatório, em que houve dissipação inicial do edema, e os pacientes sentem sua face mais simétrica do que antes. No estudo de Kidhen (KINDLEN et al, 2017), a mudança se reflete em uma diminuição na face média ao comparar o pré-operatório com sete dias de pós-operatório, o que está de acordo com a satisfação do paciente com o resultado, mas que, segundo Stevão (STEVÃO et al, 2015), ocorre quatro a

seis meses após remoção, quando o edema é definitivamente reabsorvido. Por outro lado, o item "Q6. Você está satisfeito com seu rosto enquanto descansa?" não apresentou benefício significativo, demonstrando que o tratamento de harmonização facial apenas pela remoção do corpo de Bichat, tem suas limitações para faces com protrusão zigomática (THOMAS et al, 2012). No item "Q6. Você está satisfeito com seu rosto enquanto descansa?" que não variou significativamente ($p=0,110$) ao longo do período, foi o item que não respondeu positivamente a remoção parcial do corpo adiposo de Bichat, que é sobre como seu rosto parece descansado. Em outras palavras, a remoção parcial do corpo adiposo de Bichat não reduz as expressões faciais de cansaço e fadiga, e procedimentos como a toxina botulínica são indicados.

A análise de consistência interna item a item da escala FACE Q SFAOS mostrou que o uso desse questionário é altamente eficaz para medir a satisfação com a estética facial, pois a consistência interna é excelente em todos os aspectos.

Especificamente, pacientes com menos de 25 anos de idade apresentaram um aumento significativo na satisfação com a estética facial. Esse grupo mostra mais preocupação com a estética, contribuindo para a necessidade de aceitação na sociedade (STREHLAU et al, 2015, SILVERI et al, 2021). Por outro lado, os indivíduos com mais de 25 anos apresentaram piora desse desfecho. Pacientes mais velhos e/ou vaidosos que procuram procedimentos estéticos são os que têm maiores expectativas e esperam resultados imediatos quando comparados a pacientes adultos jovens, portanto, o procedimento de remoção do corpo adiposo bucal de Bichat por si só não seria suficiente para resolver as queixas estéticas (STREHLAU et al, 2015, SILVERI et al, 2021; RAMIREZ et al, 2021).

Traboulsi-Garet et al. (TRABOULSI-GARET et al, 2021) enfatizam que o coxim adiposo está predisposto a regredir de acordo com o aumento da idade; consequentemente, pacientes mais velhos que optaram pela remoção do corpo adiposo de Bichat podem apresentar um aspecto de envelhecimento devido à flacidez facial precoce.

A remoção parcial do corpo adiposo de Bichat está sendo amplamente utilizada como procedimento estético para tratamento facial harmonização para tratar queixas estéticas e melhorar ou alterar faces (STREHLAU et al, 2015; SILVERI et al, 2021). O desejo da beleza facial vigora dos padrões de beleza impostos pela mídia e pela sociedade. Um rosto com proporções faciais equilibradas e maçãs do rosto mais proeminentes e altas são fatores de atratividade (SILVERI et al, 2021; HÖNN e GÖZ 2007, 2007; BAUDOUIN e TIBERGHIE, 2007).

2004). No entanto, uma vez que as subpopulações deste estudo apresentaram uma piora significativa neste parâmetro, não recomendamos este procedimento para pacientes com idade avançada.

O uso de outros exames por imagem, como o ultrassom, a ressonância magnética e tomografia computadorizada, podem ser utilizados para fazer a avaliação do volume do corpo adiposo de Bichat, porém, levando em consideração o alto custo da ressonância magnética e o emprego de radiação ionizante de exames tomográficos, a ultrassonografia se torna o exame de escolha. Uma questão importante a ser ressaltada é a necessidade de experiência por parte do examinador e de boa investigação por parte do profissional, exigindo treinamento constante (JAEGER et al, 2016; FERREIRA 2006).

Jaeger et al (2016) realizaram um estudo sobre o uso da ultrassonografia como ferramenta complementar de diagnóstico para o procedimento de remoção parcial do corpo adiposo de Bichat. Para o estudo foram selecionados 32 pacientes, sendo 29 mulheres e 3 homens, todos maiores de 18 anos, com queixas estéticas e funcionais. Os resultados foram obtidos com uso de transdutor linear multifrequencial (7-10MHz, Medison Accuvix XG - Samsung - Goiânia - Goiás), com análise bilateral de cada paciente. O procedimento foi contraindicado em 9 pacientes, devido à ausência do coxim adiposo ou por seu pequeno volume. No âmbito odontológico, a ultrassonografia demonstrou ser um exame de imagem eficaz para auxílio diagnóstico dos procedimentos de bichectomia, contribuindo para evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias e para eliminar expectativas irreais dos pacientes quanto ao procedimento. A diferença entre o volume dos corpos adiposos de Bichat, bilateralmente, ou seu pequeno tamanho, pode contraindicar o procedimento devido aos riscos de assimetria pós-cirúrgicos ou gerar um resultado sutil, que não atende às expectativas do paciente.

Apesar das limitações deste estudo ao ser realizado em formato de ensaio clínico de braço único, sem um grupo controle, limita a validade desses resultados. No entanto, conclui-se que a remoção parcial da extensão bucal do corpo adiposo da bochecha impactou significativamente na redução das medidas lineares faciais e afetou positivamente satisfação com a estética facial e qualidade de vida. A dor e o desconforto pós-operatório foram leves e transitórios, não houve maiores complicações e o público mais jovem demonstrou maior benefício clínico. Devido à escassez de pesquisas de longo prazo envolvendo a remoção

parcial do corpo adiposo de Bichat, mais estudos são necessários para enriquecer a literatura sobre o procedimento cirúrgico e seus resultados, necessitando de estudos clínicos com melhor delineamento nesta área de pesquisa.

Dentro das limitações deste estudo, concluímos que os resultados obtidos por meio da pletismometria do corpo adiposo analisado, mostrou que os tamanhos das amostras obtidas foram significativamente maiores em comparação com os volumes clínicos. Assim, fica evidente que a medição na seringa descartável subestima a medição em colunas métricas, que são mais precisas. Sob esse viés, o uso de 10% o formaldeído tamponado não influenciou neste resultado, pois seu uso atua na manutenção do tecido até o mais próximo do que era real, não alterando assim a morfologia das amostras.

Ao analisar os dados adquiridos através das variações dos parâmetros de dor e inflamação nos pacientes, obtivemos que os escores de dor estavam presentes e elevados nas primeiras horas de pós-operatório, diminuindo gradativamente com intervenção de analgésicos. Além disso, alguns pacientes também apresentaram redução da abertura bucal; no entanto, houve um aumento após um mês. Além disso, em relação às medidas faciais, os resultados mostraram diminuição mais significativa no ângulo mandibular e tragus, ângulo mandibular e canto externo do olho, ângulo da mandíbula e comissura labial e, por fim, ângulo da mandíbula e pogônio mole.

Em relação às repercussões obtidas na qualidade de vida, relacionadas à saúde bucal após a remoção da extensão bucal do corpo adiposo de Bichat, descobrimos que os pacientes apresentavam um nível significativo de insatisfação antes do procedimento cirúrgico, e esses valores permaneceram elevados até um mês após o procedimento cirúrgico. Após três meses, esses escores de insatisfação diminuíram e os pacientes demonstraram que a cirurgia teve um impacto positivo na sua qualidade de vida.

Com os dados obtidos por meio do questionário dos fatores modificadores da satisfação com a estética, verificou-se que os pacientes submetidos ao procedimento, que se encontravam na faixa etária até 25 anos idade, apresentaram melhores escores de satisfação. Em comparação, os maiores de 25 anos relataram insatisfações com o resultado devido ao aspecto envelhecido devido à magreza facial. A remoção parcial do corpo de Bichat foi eficaz apenas em pacientes <25 anos, quando as medidas faciais reduziram significativamente após três meses pós-operatório. Loukas (LOUKAS et al, 2006) descreveu que o volume do corpo

de Bichat reduz significativamente com a idade, e, embora não tenhamos encontrado diferenças no volume do corpo adiposo de Bichat, devido à proximidade das idades avaliados, o impacto da remoção dessa estrutura nas medidas faciais apresentou redução significativa com idade crescente.

Nesse sentido, a fim de investigar o impacto da remoção parcial do corpo adiposo de Bichat na percepção estética, HASSE et al. (1994), realizaram a ressecção do corpo adiposo da bochecha bilateralmente de dezoito pacientes com idades entre 21 e 64 anos. Concluíram, de fato, que a remoção de 50% ou mais da massa total dessa estrutura pode resultar em uma mudança significativa na aparência estética. A ressecção do coxim adiposo bucal foi associada a outros procedimentos cirúrgicos (lifting facial, rinoplastia, aumento do implante malar) e a quantidade de gordura ressecada variou de 1,9 a 5,1 g em cada lado. O candidato ideal para a ressecção do coxim gorduroso do Bichat tem ossos malar fortes que são escondidos por bochechas proeminentes e após a ressecção do coxim adiposo, as bochechas tornam-se ocas e o arco zigomático é acentuado (HASSE et al.,1994). O resultado é uma aparência facial esculpida, porém em pacientes com ossos malares hipoplásicos, os autores não recomendam a remoção do coxim adiposo. Resultados desfavoráveis podem ser causados por hipercorreção; por outro lado, defenderam que a ressecção inferior a metade do volume não foi suficiente para causar quaisquer impedimentos funcionais ou alterações estéticas; relatam ainda que mesmo em casos de extensa desnutrição, a almofada de gordura pode ser preservada, ou seja, pode estar presente.

Portanto, concluímos que a remoção parcial da extensão bucal do corpo adiposo da bochecha tem impacto na variação das medidas e parâmetros faciais, apesar de 4,8-9,6% da amostra apresentar escores de dor elevada nas primeiras oito horas após a cirurgia, e afetar positivamente a satisfação com a estética facial e qualidade de vida de indivíduos até 25 anos de idade que buscam uma melhora na aparência facial ou que tenham hábitos parafuncionais de morder a bochecha voluntária ou involuntariamente. Para pessoas com mais de 25 anos, é importante ressaltar as possíveis repercussões negativas do procedimento durante a fase de anamnese e enfatizar que não basta solucionar possíveis queixas estéticas e que provavelmente serão necessários outros procedimentos para a satisfação completa. Neste estudo, após 1 mês do procedimento cirúrgico, em média, a melhora estética foi percebida pelo paciente. Além disso, sugere-se que novos estudos sejam realizados quanto a utilização de exames de imagem como o ultrassom, no auxílio diagnóstico aos procedimentos cirúrgicos de remoção parcial da

extensão bucal do corpo adiposo de Bichat e quanto a redução dos sintomas dolorosos e maior conforto do paciente no pós-operatório.

6. CONCLUSÃO

A remoção cirúrgica do corpo adiposo de Bichat reduz significativamente o volume da face, induz um processo inflamatório leve, controlado por medicação de resgate, e melhora qualidade de vida e satisfação com a estética facial três meses pós cirurgia. No entanto, a eficácia deste procedimento sem outros tratamentos coadjuvantes em pacientes >25 anos é questionável.

REFERÊNCIAS

- ABAD-GALLEGOS, M. *et al.* Use of Bichat's buccal fat pad for the sealing of orosinusal communications: a presentation of 8 cases. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 16, p. e215-e219, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/medoral.16.e215>. Acesso em: 3 out. 2022.
- AKAMA, M. E. Aspectos clínicos antropométricos e fotoantropométricos para bichectomia em harmonização buco-facial: com relato de caso. São Paulo: Repositório Institucional UNESP, 2018. 37 p.
- ALBUQUERQUE, A. F. M. *et al.* Effect of pre-emptive analgesia on clinical parameters and tissue levels of TNF- α and IL-1 β in third molar surgery: a triple-blind, randomized, placebo-controlled study. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 46, p. 1615-1625, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.05.007>. Acesso em: 3 out. 2022.
- ALBUQUERQUE, M. C. P. *et al.* Analysis of a Brazilian cross-cultural adaptation of the FACE-Q SFAOS in facial harmonization in dentistry. **Brazilian Oral Research**, 2022. No prelo.
- ALMEIDA, A. V.; ALVARY, P. H. G. A bichectomia como procedimento cirúrgico estético-funcional: um estudo crítico. **Journal of Business and Technology**, v. 7, p. 3-14, 2018.
- ALVAREZ, S. G.; SIQUEIRA, E. J. Bichectomia: sistematização técnica aplicada a 27 casos consecutivos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 33, n. 1, p. 74-81, 2018.
- AMIN, M. A.; BAILEY, B. M. W.; SWINSON, B.; WITHEROW, H. Use of the buccal fat pad in the reconstruction and prosthetic rehabilitation of oncological maxillary defects. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 43, p. 148-154, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2004.10.014>. Acesso em: 3 out. 2022.
- BAGDADE, J. D.; HIRSCH, J. Gestational and dietary influences on the lipid content of the infant buccal fat pad. **Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine**,

v. 122, p. 616-619, 1966. Disponível em: <https://doi.org/10.3181/00379727-122-31206>. Acesso em: 3 out. 2022.

BAUDOUIN, J. Y.; TIBERGHIE, G. Symmetry, averageness, and feature size in the facial attractiveness of women. **Acta Psychologica**, v. 117, p. 313-332, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2004.07.002>. Acesso em: 3 out. 2022.

BAZONE FILHO, J. R. C.; ALLEGRI JR. Cirurgia de bichectomia: relato de caso. **Journal of Biodentistry and Biomaterials**, v. 7, 2017.

BERNARDINO JÚNIOR, R. *et al.* Corpo adiposo da bochecha: um caso de variação anatômica. **Bioscience Journal**, Uberlândia, v. 24, n. 4, p. 108-113, out./dez. 2008.

CABREJO, R.; DESESA, C. R.; SAWH-MARTINEZ, R.; STEINBACHER, D. M. Does fat grafting influence postoperative edema in orthognathic surgery? **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 28, p. 1906-1910, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000003821>. Acesso em: 3 out. 2022.

COSTA, F. W. G. *et al.* Does the preemptive use of oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs reduce postoperative pain in surgical removal of third molars? A meta-analysis of randomized clinical trials. **Anesthesia Progress**, v. 62, p. 57-63, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2344/0003-3006-62.2.57>. Acesso em: 3 out. 2022.

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

EGYEDI, P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. **Journal of Maxillofacial Surgery**, v. 5, p. 241-244, 1977. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0301-0503\(77\)80117-3](https://doi.org/10.1016/S0301-0503(77)80117-3). Acesso em: 3 out. 2022.

FARIA, C. A. D. C. *et al.* Bichectomia e sua contribuição para harmonização facial. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 33, p. 446-452, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2018RBCP0164>. Acesso em: 3 out. 2022.

GAMA, J. T.; ROSSETTO, L. A.; BRITO, N. B.; VEIGA, D. F.; FERREIRA, L. M. Cross-cultural validation of the FACE-Q Satisfaction with Facial Appearance Overall Scale (FACE-Q SFAOS) in Brazilian rhytidoplasty patients. **Clinics**, v. 75, e1568, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1568err>. Acesso em: 3 out. 2022.

HOLTON III, L. H. *et al.* The buccal fat pad flap for periorbital reconstruction: a cadaver dissection and report of two cases. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 114, p. 1529-1533, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000138257.44949.BB>. Acesso em: 3 out. 2022.

HÖNN, M.; GÖZ, G. The ideal of facial beauty: a review. **Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie**, v. 68, p. 6-16, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00056-007-0604-6>. Acesso em: 3 out. 2022.

JACKSON, I. T. Buccal fat pad removal. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 23, p. 484-485, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.asj.2003.08.005>. Acesso em: 3 out. 2022.

KINDLEN, K. D. A. Bichectomia: avaliação da funcionalidade da técnica operatória: revisão de literatura e relato de caso. Rio Grande do Sul, 2017.

KLASSEN, A. F.; CANO, S. J.; SCOTT, A.; SNELL, L.; PUSIC, A. L. Measuring patient-reported outcomes in facial aesthetic patients: development of the FACE-Q. **Facial Plastic Surgery**, v. 26, p. 303-309, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262313>. Acesso em: 3 out. 2022.

LIMA, A. M.; SOUZA, R. D.; SANTOS, T. D. S. Bichectomia: relato de série de casos. Aracaju, 2016.

LOUKAS, M.; KAPO, T.; LOUIS JR., R. G.; WARTMAN, C.; JONES, A.; HALLNER, B. Gross anatomical, CT and MRI analyses of the buccal fat pad with special emphasis on volumetric variations. **Surgical and Radiologic Anatomy**, v. 28, p. 254-260, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00276-006-0092-1>. Acesso em: 3 out. 2022.

MARQUARDT, S. R. On the golden decagon and human facial beauty. **JCO Interviews**, v. 36, n. 6, p. 339-347, 2002.

MATARASSO, A. Buccal fat pad excision: aesthetic improvement of the midface. **Annals of Plastic Surgery**, v. 26, p. 413-418, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00000637-199105000-00001>. Acesso em: 3 out. 2022.

MATARASSO, A. Managing the buccal fat pad. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 26, p. 330-336, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.asj.2006.03.009>. Acesso em: 3 out. 2022.

NEDER, A. Use of buccal fat pad for grafts. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 55, p. 349-350, 1983. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(83\)90187-1](https://doi.org/10.1016/0030-4220(83)90187-1). Acesso em: 3 out. 2022.

PUSIC, A. L.; KLASSEN, A. F.; SCOTT, A. M.; CANO, S. J. Development and psychometric evaluation of the FACE-Q satisfaction with appearance scale: a new patient-reported outcome instrument for facial aesthetics patients. **Clinics in Plastic Surgery**, v. 40, p. 249-260, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2012.12.001>. Acesso em: 3 out. 2022.

RAMIREZ, S. P. B.; SCHERZ, G.; SMITH, H. Characteristics of patients seeking and proceeding with non-surgical facial aesthetic procedures. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology**, v. 14, p. 197, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CCID.S296970>. Acesso em: 3 out. 2022.

RAPIDIS, A. D.; ALEXANDRIDIS, C. A.; ELEFThERIADIS, E.; ANGELOPOULOS, A. P. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of 15 cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 58, p. 158-163, 2000. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0278-2391\(00\)90330-6](https://doi.org/10.1016/S0278-2391(00)90330-6). Acesso em: 3 out. 2022.

ROMAN-TORRES, C. V. G.; SANI, A. J.; CORDEIRO FILHO, J.; SM, S. R. Bichat's buccal fat pad removal: cheek reduction surgery. **Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy**, v. 7, art. 00250, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15406/jdhodt.2017.07.00250>. Acesso em: 3 out. 2022.

SAMMAN, N.; CHEUNG, L. K.; TIDEMAN, H. The buccal fat pad in oral reconstruction. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 22, p. 2-6,

1993. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0901-5027\(05\)80346-7](https://doi.org/10.1016/S0901-5027(05)80346-7). Acesso em: 3 out. 2022.

SHUGARS, D. A. *et al.* Assessment of oral health-related quality of life before and after third molar surgery. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 64, p. 1721-1730, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2006.03.052>. Acesso em: 3 out. 2022.

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

SILVIÉRI, M. C.; GUIMARÃES, A. O.; PRADO, D. P. F.; PATTO, G. J.; SOARES, T. L. Relação dos procedimentos estéticos e a idade de mulheres em Jacutinga-MG. **Revista Faculdades do Saber**, v. 6, p. 793-803, 2021.

SLADE, G. D.; FOY, S. P.; SHUGARS, D. A.; PHILLIPS, C.; WHITE JR., R. P. The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, p. 1118-1124, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2003.11.014>. Acesso em: 3 out. 2022.

STEVÃO, E. L. L. Partial removal of Bichat fat pad or Bichectomy: a small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. **Advances in Dentistry & Oral Health**, v. 1, n. 1, p. 1-4, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.19080/ADOH.2015.01.555555>. Acesso em: 3 out. 2022.

STREHLAU, V. I.; CLARO, D. P.; LABAN, S. A. A vaidade impulsiona o consumo de cosméticos e de procedimentos estéticos cirúrgicos nas mulheres? Uma investigação exploratória. **Revista de Administração (São Paulo)**, v. 50, p. 73-88, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5700/rausp1185>. Acesso em: 3 out. 2022.

THOMAS, M. K.; D'SILVA, J. A.; BOROLE, A. J. Facial sculpting: comprehensive approach for aesthetic correction of round face. **Indian Journal of Plastic Surgery**, v. 45, p. 122-127, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0970-0358.96608>. Acesso em: 3 out. 2022.

TRABOULSI-GARET, B.; CAMPS-FONT, O.; TRABOULSI-GARET, M.; GAY-ESCODA, C. Buccal fat pad excision for cheek refinement: a systematic review. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 26, p. e474-e481, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/medoral.24335>. Acesso em: 3 out. 2022.

XIAO, H.; BAYRAMIÇLI, M.; JACKSON, I. T. Volumetric analysis of the buccal fat pad. **European Journal of Plastic Surgery**, v. 22, p. 177-180, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s002380050176>. Acesso em: 3 out. 2022.

ZHANG, H. M.; YAN, Y. P.; QI, K. M.; WANG, J. Q.; LIU, Z. F. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 109, p. 2509-2518, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006534-200206000-00052>. Acesso em: 3 out. 2022.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar do estudo “A influência da remoção parcial da extensão bucal do corpo adiposo da bochecha na variação de medidas e parâmetros faciais, satisfação com a estética facial e qualidade de vida: um ensaio clínico de braço único. Sua participação é importante, mas você não deve participar contra a sua vontade. Leia com atenção as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os passos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Queremos com este trabalho avaliar a eficácia do procedimento cirúrgico de bichectomia no que diz respeito às alterações em parâmetros e medidas faciais, seguindo as queixas e ansias do paciente. Além disso, deixar claro ao paciente a real indicação deste tipo de procedimento.

O procedimento cirúrgico que será realizado em todos os voluntários desta pesquisa, tem como riscos o de poder causar, de forma incomum e como complicação inerente a esse tipo de procedimento, desconfortos e algumas complicações, tais como: inflamação, edema (inchaço), paralisia facial, hemorragia (sangramento), úlceras (aftas), hematoma e equimose (manchas vermelhas em região de bochecha). Todos os voluntários também poderão desenvolver infecção pós-operatória, mas caso alguma dessas situações venha a ocorrer, o Cirurgião Bucomaxilofacial responsável por esta pesquisa prontamente avaliará cada caso e realizará o tratamento indicado. Sua participação não será paga, não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua negativa não trará nenhuma penalidade ou prejuízo em sua relação com o profissional, aos serviços ou com as instituições.

As informações obtidas através desta avaliação serão confidenciais e não haverá identificação de sua pessoa, exceto pelos profissionais dos serviços e asseguramos que ninguém será informado da sua participação e nem conhecerá os resultados dos exames feitos.

Você receberá uma cópia deste termo em que estão anotado o telefone e o endereço do profissional responsável pela avaliação, podendo tirar suas dúvidas sobre a avaliação e sua participação, agora ou a qualquer momento.

RESPONSÁVEL

Edson Luiz Cetira Filho

Universidade Christus (UNICHRISTUS) – Faculdade de Odontologia

R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180
Telefones para contato: (85) 3265-8100 997219653

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em participar e para isso DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Assinatura da Testemunha (se o voluntário não souber ler) Nome da testemunha:

Assinatura do Profissional Responsável

ANEXO I – FICHA DE COLETA DE DADOS CLÍNICOS

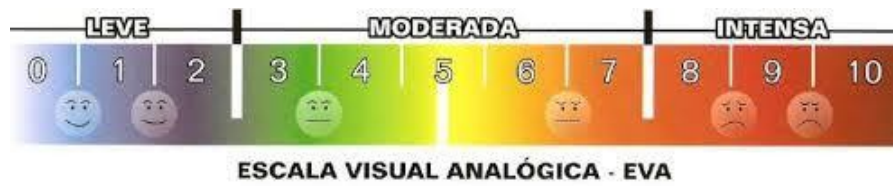
BLOCO A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME:			SEXO: ()1.M ()2.F
NASCIMENTO: __/__/__, IDADE:	RG:	CPF:	
NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	COR OU RAÇA: ()1.BRA ()2.NEG ()3.PAR ()4.IND ()5.AMA		
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:	
TELEFONES PARA CONTATO:			
GRAU DE ESCOLARIDADE: ()1.ANALF ()2.1ºGRAU ()3.2ºGRAU ()4.GRAD ()5.ESP ()6.MEST ()7.DOUT ()8.PHD			
RENDAMENTO FAMILIAR (SALÁRIOS MÍNIMOS): ()1.SEM RENDA ()2.<1 ()3.1-2 ()4.2-3 ()5.3-4 ()6.4-5 ()7.>5			
BLOCO B - DADOS DA ANAMNESE/ HISTÓRICO MÉDICO DE SAÚDE			
MOTIVO DA CONSULTA: ()1.DOR ()2.FORMATO DA FACE ()3.EDEMA ()4.PRESSÃO ()5.MORDE A BOCHECHA ()6.INFEÇÃO ()7.CEFALÉIA ()8.OUTRO			
HISTÓRIA DA QUEIXA PRINCIPAL:			
ESTÁ SOB TRATAMENTO MÉDICO ATUALMENTE: ()1.S ()2.N QUAL?			
FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO ATUALMENTE: ()1.S ()2.N QUAL?			
FEZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS: ()1.S ()2.N QUAL?			
TEM OU TEVE ALERGIA A ALGUMA SUBSTÂNCIA: ()1.S ()2.N QUAL?			
JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA OU FOI HOSPITALIZADO: ()1.S ()2.N ESPECIFICAR:			
TEM PROBLEMAS DE CICATRIZAÇÃO: ()1.S ()2.N		HEMORRAGIA: ()1.S ()2.N	
FAMILIARES POSSUEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE: ()1.S ()2.N ESPECIFICAR:			
ESTÁ GRÁVIDA: ()1.S ()2.N	AMAMENTANDO: ()1.S ()2.N	ANTICONCEPCIONAL: ()1.S ()2.N	
ASSINALE SE JÁ TEVE OU TEM: ()1.HEMOFILIA ()2.AIDS ()3.TUBERCULOSE ()4.EPILEPSIA ()5.LEUCEMIA ()6.FEBRE REUMÁTICA ()7.ARTRITE ()8.GASTRITE ()9.ÚLCERA GÁSTRICA			

()10.HANSENÍASE ()11.NEFROPATIA ()12.DST ()13.DIABETES ()14.CARDIOPATIA ()15.HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ()16.ASMA ()17.AVC ()18.ANEMIA ()19.CÂNCER ()20.HEPATITE ()21.OUTRO			
DADOS DA HISTÓRIA SOCIAL			
FUMANTE: ()1.S ()2.N	ESPECIFICAR:		
ETILISTA: ()1.S ()2.N	ESPECIFICAR:		
DROGA ILÍCITA: ()1.S ()2.N	ESPECIFICAR:		
EXAME FÍSICO			
PULSO(bpm):	P.A. (mmHg):	FR:	TEMP (°C):
EXAMES COMPLEMENTARES			

LIPIDOGRAMA:				IMC:									
HEMOGRAMA:		HEMÁCIAS:		HB:		HCT:		VCM:					
LEUCOGRAMA:		LEUCÓCITOS:		NEUTRÓFILOS:		LINFÓCITOS:							
VOLUME DA BOLA DE BICHAT													
		CLINICAMENTE		TOMOGRAFIA				OUTROS					
D													
E													
BLOCO D - AVALIAÇÃO DO GRAU DE ABERTURA BUCAL													
DENTE	INICIAL (cm)	1º DPO (cm)		3º DPO (cm)		7º DPO (cm)		1º MPO (cm)		3º MPO (cm)		6º MPO (cm)	
D													
E													
AVALIAÇÃO DO EDEMA													
PERÍODO	1. ANG MAND – TRAGUS		2. ANG MAND – CANTO EXT OLHO		3. ANG MAND – ASA DO NARIZ		4. ANG MAND – COMISSURA LABIAL		5. ANG MAND – POG MOLE				
	D	E	D	E	D	E	D	E	D		E		
INICIAL													
1º DPO													
3º DPO													
7º DPO													
1º MPO													

3º MPO													
6º MPO													
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO													
LADO	DATA	DURAÇÃO			INCISÃO		TUBETES			OBSERVAÇÕES			
D													
E													
AVALIAÇÃO DO SANGRAMENTO PÓS-OPERATÓRIO													
PERÍODO	AUSENTE (0)				DISCRETO A MODERADO (1)				MUITO SANGUE OU HEMORRAGIA (2)				
	D	E			D		E			D		E	
INICIAL													
1º DPO													
3º DPO													
7º DPO													
1º MPO													
3º MPO													
6º MPO													
BLOCO E - AVALIAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA)													
LADO	0h	2hs	4hs	6hs	8hs	10hs	1 dia	3 dias	7 dias	1 mês	3 meses	6 meses	

D												
E												
AVALIAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA (CONSUMO DE MEDICAMENTOS)												
Você utilizou analgésico pós-operatório (APO)?						1.SIM ()			2. NÃO ()			
Quando e que horas você tomou o primeiro APO?												
Durando o pós-operatório, quais dias e horários você tomou APO?												
Qual o total de APO você fez uso?												



ANEXO II – OHIP-14

	Escala de Likert				
	1. Nunca	2. Quase nunca	3. Às vezes	4. Frequentemente	5. Sempre
1. Tem tido dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
2. Tem sentido seu paladar alterado devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
3. Tem sido dores fortes em sua boca?					
4. Tem sido incomodado ao comer algum alimento?					
5. Tem sentido constrangido devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
6. Tem sentido tenso devido a problema com seus dentes, boca ou dentadura?					
7. Sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
8. Teve que interromper sua alimentação devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
9. Tem tido dificuldade de relaxar devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
11. Tem-se sentido um pouco irritado com outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
12. Tem tido dificuldade de realizar tarefas diárias devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
13. Tem sentido menos satisfação com a vida em geral devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
14. Tem-se sentido totalmente incapaz devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					

ANEXO III – FACE-Q-SFAOS

	Escala de Likert			
1. Você está satisfeito com a simetria do seu rosto?				
2. Você está satisfeito com o balanço (harmonia lateral) do seu rosto?				
3. Você está satisfeito com a proporção (harmonia vertical) do seu rosto?				
4. Você está satisfeito com seu rosto ao final do dia?				
5. Você está satisfeito com o quanto seu rosto parece legal/vital/jovial ?				
6. Você está satisfeito seu rosto enquanto descansa ?				
7. Você está satisfeito com o seu rosto em perfil (vista lateral)?				
8. Você está satisfeito com o seu rosto nas fotos?				
9. Você está satisfeito com o seu rosto quando você acorda?				
10. Você está satisfeito com seu rosto fica sob luz brilhante ?				

ANEXO IV – RESOLUÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA



ODONTOLOGIA

RESOLUÇÃO CFO-230, de 14 de agosto de 2020
Regulamenta o artigo 3º, da Resolução CFO-198/2019.

A Diretoria do Conselho Federal de Odontologia, "ad referendum" do Plenário, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964, regulamentada pelo Decreto nº 68.704, de 03 de junho de 1971,

Considerando que cabe ao Conselho Federal de Odontologia disciplinar o exercício da Odontologia em todo o território nacional;

Considerando a permanente necessidade de regulamentar, definir critérios e estabelecer os limites da atuação do cirurgião-dentista em harmonização orofacial, nos termos da legislação vigente;

Considerando que, apesar de localizados na área anatômica de atuação da Odontologia, determinados procedimentos ainda não constam no conteúdo programático dos cursos de graduação e pós-graduação em Odontologia, e também a carência de literatura científica relacionando tais procedimentos à prática odontológica;

Considerando as interpretações extensivas equivocadamente atribuídas a expressão "áreas afins", constante nas alíneas do artigo 3º, da Resolução CFO-198/2019, como justificativa para realização de procedimentos ainda não consagrados como prática odontológica;

Considerando também que, para a realização dos procedimentos de harmonização orofacial, os cirurgiões-dentistas especialistas deverão observar rigorosamente os conhecimentos adquiridos em cursos de graduação e de pós-graduação, bem como se ater à sua área de atuação, buscando promover o equilíbrio estético e funcional da face, sempre em benefício da saúde do ser humano;

RESOLVE:

Art. 1º. Fica vedado ao cirurgião-dentista a realização dos seguintes procedimentos cirúrgicos na face:

- a) Alectomia;
- b) Blefaroplastia;
- c) Cirurgia de castanhares ou lifting de sobrancelhas;
- d) Otoplastia;
- e) Rinoplastia; e,
- f) Ritidoplastia ou Face Lifting.

Art. 2º. Fica vedado também ao cirurgião-dentista a realização de publicidade e propaganda de procedimentos não odontológicos e alheios à formação superior em Odontologia, a exemplo de:

- a) Micro pigmentação de sobrancelhas e lábios;
- b) Maquiagem definitiva;

- c) Design de sobrancelhas;
- d) Remoção de tatuagens faciais e de pescoço;
- e) Rejuvenescimento de colo e mãos; e,
- f) Tratamento de calvície e outras aplicações capilares.

Art. 3º. Fica vedado ao cirurgião-dentista a realização de procedimentos em áreas anatômicas diversas de cabeça e pescoço.

Art. 4º. O cirurgião-dentista que realizar, bem como aquele que coordenar e ministrar cursos, ou de qualquer forma contribuir para a realização e divulgação dos procedimentos vedados nesta Resolução, responderá a processo ético disciplinar, sendo considerada conduta de manifesta gravidade para a gradação da pena.

Art. 5º. As instituições, associações ou entidades inscritas e registradas nos Conselhos de Odontologia, que ministrarem cursos sobre procedimentos vedados, não reconhecidos ou não relacionados a Odontologia, poderão ter sua inscrição e o registro cancelados administrativamente.

Art. 6º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO V – Análise psicométrica dos domínios do OHIP-14 e itens do OHIP-14 e FACE-Q SFAOS durante os período de três meses do pós-operatório em pacientes submetidos à remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat.

	Tempo					
	Pré	24h	72h	7d	1m	3m
OHIP 14						
Q1 Cronbach's alpha	0.827	0.870	0.902	0.902	0.689	0.670
Q2 Cronbach's alpha	0.833	0.886	0.920	0.904	0.697	0.622
Q3 Cronbach's alpha	0.822	0.870	0.906	0.909	0.699	0.670
Q4 Cronbach's alpha	0.842	0.873	0.896	0.905	0.672	0.670
Q5 Cronbach's alpha	0.816	0.880	0.900	0.905	0.698	0.522
Q6 Cronbach's alpha	0.802	0.870	0.899	0.911	0.669	0.609
Q7 Cronbach's alpha	0.814	0.875	0.895	0.893	0.672	0.707
Q8 Cronbach's alpha	0.817	0.873	0.898	0.897	0.678	0.645
Q9 Cronbach's alpha	0.801	0.871	0.899	0.905	0.716	0.718
Q10 Cronbach's alpha	0.804	0.878	0.902	0.910	0.694	0.483
Q11 Cronbach's alpha	0.806	0.872	0.900	0.902	0.708	0.622
Q12 Cronbach's alpha	0.808	0.862	0.903	0.900	0.716	0.670
Q13 Cronbach's alpha	0.793	0.870	0.899	0.905	0.716	0.662
Q14 Cronbach's alpha	0.830	0.876	0.904	0.907	0.716	0.670
Cronbach's alpha	0.827	0.881	0.908	0.910	0.712	0.666
OHIP 14						
D1 Cronbach's alpha	0.810	0.874	0.880	0.859	0.619	0.646
D2 Cronbach's alpha	0.821	0.861	0.902	0.869	0.627	0.705
D3 Cronbach's alpha	0.733	0.872	0.843	0.875	0.582	0.480
D4 Cronbach's alpha	0.776	0.868	0.853	0.841	0.659	0.711
D5 Cronbach's alpha	0.722	0.865	0.862	0.868	0.590	0.500
D6 Cronbach's alpha	0.736	0.850	0.874	0.844	0.675	0.646
D7 Cronbach's alpha	0.742	0.868	0.855	0.862	0.692	0.695
Cronbach's alpha	0.793	0.882	0.886	0.877	0.675	0.686
FACE Q SFAOS						
Q1 Cronbach's alpha	0.896	0.943	0.967	0.971	0.970	0.989
Q2 Cronbach's alpha	0.892	0.944	0.961	0.969	0.965	0.983
Q3 Cronbach's alpha	0.888	0.937	0.959	0.974	0.967	0.984
Q4 Cronbach's alpha	0.900	0.937	0.967	0.972	0.964	0.984
Q5 Cronbach's alpha	0.910	0.938	0.960	0.968	0.969	0.984
Q6 Cronbach's alpha	0.895	0.941	0.964	0.968	0.972	0.984
Q7 Cronbach's alpha	0.888	0.939	0.964	0.968	0.964	0.983
Q8 Cronbach's alpha	0.894	0.943	0.961	0.971	0.965	0.985
Q9 Cronbach's alpha	0.892	0.951	0.961	0.971	0.968	0.984
Q10 Cronbach's alpha	0.884	0.941	0.959	0.969	0.965	0.983
Cronbach's alpha	0.904	0.947	0.966	0.973	0.970	0.986

Fonte: Autoria própria. *Teste de Friedman/Dunn (média $\pm$ DP); D = domínio; Q = pergunta.

ANEXO VI – Influência de parâmetros clínicos na modificação dos escores da escala FACE Q SFAOS em pacientes submetidos a remoção parcial bilateral do corpo adiposo de Bichat.

	SFAOS aumentou		p-Valor
	Não	Sim	
Total	7 (33.3%)	14 (66.7%)	-
Sexo			
Feminino	4 (57.1%)	11 (78.6%)	0.354 ^a
Masculino	3 (42.9%)	3 (21.4%)	
Idade	27.71±6.58	21.71±1.94	0.005^b
Escolaridade			
Ensino fundamental	1 (14.3%)	3 (21.4%)	0.829 ^a
Ensino médio	5 (71.4%)	10 (71.4%)	
Ensino superior	1 (14.3%)	1 (7.1%)	
Renda			
<1 salário mínimo	2 (28.6%)	1 (7.1%)	0.136 ^a
1-2 salários mínimos	3 (42.9%)	2 (14.3%)	
2-3 salários mínimos	1 (14.3%)	9 (64.3%)	
>5 salários mínimos	1 (14.3%)	2 (14.3%)	
Queixa			
Queixa estética	3 (42.9%)	12 (85.7%)	0.120 ^a
Queixa funcional	5 (71.4%)	8 (57.1%)	0.656 ^a
Volume clínico do corpo adiposo de Bichat (mL)			
Lado direito	4.07±0.73	4.23±1.20	0.755 ^b
Lado esquerdo	3.93±0.93	4.14±1.01	0.644 ^b
Pletismometria do corpo adiposo de Bichat (mL)			
Lado direito	4.79±1.15	5.46±1.31	0.259 ^b
Lado esquerdo	5.00±0.82	5.11±1.30	0.846 ^b
Tempo cirúrgico (min)			
Lado direito	15.10±8.17	14.64±5.77	0.883 ^b
Lado esquerdo	15.21±8.29	15.50±5.19	0.923 ^b
Tamanho da incisão (cm)			
Lado direito	1.00±0.00	1.07±0.18	0.317 ^b
Lado esquerdo	1.00±0.00	1.11±0.29	0.346 ^b
Número de tubetes anestésicos (n)			
Lado direito	1.71±0.64	1.71±0.75	1.000 ^b
Lado esquerdo	1.71±0.64	1.82±0.70	0.737 ^b

Fonte: Autoria própria. $p < 0,05$. Teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %); bp < 0,05 teste t de Student (média ± DP).