

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

RAYSSA BATISTA DE ANDRADE

**BICHECTOMIA: DESCRIÇÃO DE TÉCNICAS,
COMPLICAÇÕES E GRAU DE SATISFAÇÃO**

**Patos – PB
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

RAYSSA BATISTA DE ANDRADE

**BICHECTOMIA: DESCRIÇÃO DE TÉCNICAS,
COMPLICAÇÕES E GRAU DE SATISFAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), vinculada à linha de pesquisa Cirurgia Buco-maxilo-facial, Área de Concentração: Cirurgia Oral Menor, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.
Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha

**Patos – PB
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

A553b Andrade, Rayssa Batista de
Bichectomia: descrição de técnicas, complicações e grau de satisfação /
Rayssa Batista de Andrade.– Patos, 2016.
60f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

"Orientação: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha".

Referências.

1. Cirurgia bucal. 2. Odontologia. 3. Complicações pós-operatórias.
I. Título.

CDU 616.314-089

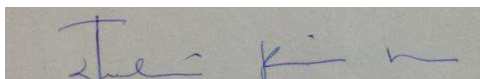
RAYSSA BATISTA DE ANDRADE

**BICHECTOMIA: DESCRIÇÃO DE TÉCNICAS,
COMPLICAÇÕES E GRAU DE SATISFAÇÃO**


Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), vinculada à linha de pesquisa Cirurgia Buco-maxilo-facial, Área de Concentração: Cirurgia Oral Menor, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.
Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha

Aprovado em 29/09/2016

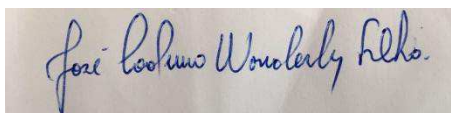
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. MSc. José Cadmo Wanderley P. de Araújo Filho – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me ouviu nos momentos difíceis, me confortou e me deu forças para chegar onde estou.

Agradeço ao meu pai Rubens José de Andrade, que me ensinou os maiores valores que se pode ter na vida, me ensinou a batalhar, buscar os meus objetivos.

Agradeço a minha mãe Maria Aparecida Batista de Andrade, que me ensinou a ser uma mulher de força e um ser humano íntegro, com caráter, coragem e dignidade para enfrentar a vida. Uma mãe que me deixou livre pra seguir minhas escolhas, porém sempre indicando o caminho correto.

Mae, pai, se eu pudesse voltar à vida, em outro momento, e tivesse a oportunidade de escolher meus pais, seriam vocês os escolhidos, pois tenho a certeza que são os melhores pais do mundo. Tenho muito orgulho de ter vocês como meus pais.

Agradeço também aos meus irmãos Paulo Rubens e Paulo Arthur, que não só neste momento, mas em toda a minha vida estiveram comigo, ao meu lado, fornecendo apoio, compreensão e estímulo em todos os momentos.

Minha avó e tias, que me deram todos os mimos que puderam e, que eu sei que têm um orgulho imenso de mim.

Aos meus verdadeiros amigos e familiares que tantas vezes fui obrigada a me privar de momentos juntos para me dedicar aos estudos. Mas que hoje, após todo esse esforço eu posso dizer a todos que dedico este trabalho também a eles.

Ao meu orientador Julierme Ferreira Rocha, por gentilmente ter me ajudado e me guiado no decorrer desse trabalho, me dando todo o suporte necessário. Agradeço pela oportunidade de ser integrante da turma pioneira da Liga Acadêmica de Cirurgia da UFCG. Foram muitos conhecimentos transmitidos. Foi uma honra tê-lo como professor.

Por último, mas não menos importante, agradeço a todos os meus professores, desde o Colégio à Faculdade, que foram incansáveis na arte de ensinar.

Enfim, um muito obrigada a todos que me apoiaram em mais essa jornada!

RESUMO

Nos últimos anos, a busca por procedimentos cirúrgicos que visem a melhora do contorno facial tem ganhado evidências científicas e boa aceitação por parte dos pacientes e profissionais da área médico-odontológica. O corpo adiposo da bucal, anteriormente denominado de bola de Bichat, tem sido empregado para o reparo de defeitos dos tecidos moles da região facial, com resultados aceitáveis e raras complicações. Recentemente, a remoção do corpo adiposo bucal (denominado de bichectomia), visando uma redução do trauma repetitivo na mucosa jugal e, por conseguinte, uma melhora do contorno facial tem sido amplamente difundida. O objetivo do presente trabalho foi apresentar a descrição de duas técnicas cirúrgicas utilizadas para remoção do corpo adiposo bucal, enfatizando as possíveis complicações cirúrgicas e o grau de satisfação dos pacientes. Foram operados dez pacientes de ambos os gêneros, com faixa etária média de 25,2 anos, sendo removida uma quantidade média de 4,14/4,19 mL do corpo adiposo bucal. O grau de satisfação dos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico foi satisfatório. A remoção do corpo adiposo bucal é um procedimento simples, rápido e a incidência de complicações é limitada, além de oferecer resultados satisfatórios.

Descritores: Cirurgia bucal; odontologia; complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

In recent years, the search for surgical procedures aimed at improvement of facial contour has gained scientific evidence and well accepted by patients and professionals in the medical and dental field. the buccal fat pad, formerly of boule de Bichat, has been employed for the repair of soft tissue defects of the facial region, with acceptable results and rare complications. Recently, the removal of the buccal fat pad (called Bichectomy), aiming at a reduction of repetitive trauma to the oral mucosa and therefore an improvement of facial contour has been widespread. the objective of this study was to present the description of two surgical techniques used to remove the buccal fat pad, emphasizing the possible surgical complications and the degree of patient satisfaction. They were operated on ten patients of both genders, with a mean age of 25,2 years, and removed an average amount of 4,14 / 4,19 ml of buccal fat pad. the degree of satisfaction of patients undergoing surgery was satisfactory. Removing of the buccal fat pad is a simple, fast and the incidence of complications is limited, and provides satisfactory results.

Descriptors: Sugery, oral; dentistry; postoperative complications

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Incisão de 1cm de primeiro a segundo molar;

Figura 02 - Divulsão das fibras do músculo bucinador;

Figura 03 - Apreensão do corpo adiposo bucal. A: Lado direito; B: Lado esquerdo;

Figura 04 - Sutura da incisão cirúrgica. A: Direita; B: Esquerda;

Figura 05 - Incisão para acesso jugal;

Figura 06 - Apreensão do corpo adiposo bucal. A: Lado direito; B: Lado esquerdo;

Figura 07 - Sutura final;

Figura 08 - Uso da seringa como meio para medir a quantidade de tecido adiposo removido em ml;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.1 CONSIDERAÇÕES ANATOMICAS.....	9
2.2 PRESCRIÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA.....	10
2.3 TÉCNICAS CIRÚRGICAS.....	10
2.3.1 Acesso por fundo de sulco.....	11
2.3.2 Acesso jugal.....	14
2.4 CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS.....	19
2.5 ACIDENTES E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS.....	19
REFERÊNCIAS	20
3. ARTIGO CIÊNTIFICO	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
ANEXOS	46
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	46
ANEXO B – INSTRUÇÕES AOS AUTORES (REVISTA DE ODONTOLOGIA DA UNESP)	47
APÊNDICES.....	58
APÊNDICE A – AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO.....	58

1. INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez em 1732 por Heister como uma estrutura glandular, redefinida pelo anatomista francês Xavier Bichat e referido na literatura médica em 1802 como tecido adiposo, o corpo adiposo bucal apresenta-se como uma massa de tecido especializado envolto por uma fina cápsula, com um corpo e quatro projeções: bucal, pterigoide, temporais superficial e profunda (BITHER; HALLI; KINI, 2013; BOULOUX et al., 2007; PRASHANTH; NANDINI; BALAKRISHNA, 2013).

Nos últimos 30 anos, o corpo adiposo da bucal, também conhecido como Bola de Bichat ou corpo adiposo da bochecha, vêm sendo amplamente usada para o fechamento de comunicação buco-sinusal, tornando-se um procedimento útil em cirurgia oral regenerativa, com resultados aceitáveis e raras complicações (ALONSO-GONZÁLEZ et al., 2015). Tem tido também aplicação estética, quando o objetivo é a sua retirada para melhorar a projeção do osso zigomático (CALVET et al., 2014).

A busca dos pacientes pela harmonia e simetria da face tem sido imensa devido ao grande apelo causado pela mídia. De acordo com Matarasso (2006) o público alvo tem sido o adulto que deseja diminuir o volume do terço médio da face, apresentando maior refinamento, escultura e valorização dos traços esqueléticos após o procedimento. Alonso-gonzález et al. (2015) reportam que é interessante considerar o grau de satisfação do paciente após esse tipo de tratamento cirúrgico, devido as alterações estéticas e por vezes, funcionais.

O objetivo do presente trabalho foi descrever duas técnicas cirúrgicas para remoção do corpo adiposo bucal, enfatizando as possíveis complicações, e avaliar o grau de satisfação dos pacientes após a cirurgia.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONSIDERAÇÕES ANATOMICAS

Quando estudada histologicamente, o corpo adiposo da bucal possui o mesmo tipo de gordura de outras regiões do corpo, embora não diminua em casos de emagrecimento como acontece em outras regiões (BERNARDINO JÚNIOR et al., 2008; BICHAT, 1802). É um tipo especializado de gordura, distinto da gordura subcutânea, definida como “sissarcose”, capaz de melhorar o movimento intermuscular da bochecha, além de ser importante para o contorno da face. Tem um formato redondo e está encapsulado por uma fina lâmina de tecido conjuntivo. Apresenta um corpo principal e quatro prolongamentos: bucal, pterigóide, temporal superficial e temporal profundo (BITHER; HALLI; KINI, 2013; BOULOUX et al., 2007; CALVET et al., 2014; PRASHANTH; NANDINI; BALAKRISHNA, 2013).

Sua principal parte é localizada acima do ducto da parótida, se estende ao longo da borda anterior do músculo masseter, repousa sobre periósteo que recobre a face posterior da maxila, prosseguindo no vestíbulo bucal e se sobrepõe a maioria das fibras do músculo bucinador (BITHER; HALLI; KINI, 2013; CALVET et al., 2014; PRASHANTH; NANDINI; BALAKRISHNA, 2013). A extensão bucal encontra-se dentro da bochecha, na face inferior do ducto parotídeo e desce para a região retromolar da mandíbula, se sobrepondo ao músculo bucinador. Já a extensão pterigóide passa lateralmente ao plexo pterigóide, ficando sobre o músculo de mesmo nome. As extensões temporais passam abaixo do arco zigomático e se encontram sobre o músculo temporal (BITHER; HALLI; KINI, 2013; PRASHANTH; NANDINI; BALAKRISHNA, 2013).

Sua nutrição se dá pela artéria transversa da face, pelos ramos bucais e temporais da artéria maxilar e por pequenos ramos da artéria facial (BITHER; HALLI; KINI, 2013; CALVET et al., 2014).

Calvet et al. (2014) dizem que se tratando do volume do corpo adiposo bucal há controvérsias. Matarasso (2006) afirma que o volume é relativamente consistente ao longo da vida do indivíduo apesar da variação de peso e índice de massa corporal, pois apresenta uma taxa lipolítica diferente da gordura subcutânea. Para Khiabani et al. (2014) o volume pode alterar durante a vida do paciente e há variação entre os gêneros. O volume significativo nos homens é de 10,2 ml, ao passo que o volume médio em mulheres é de 8,9 mL. Calvet et al. (2014) e Prashanth, Nandini e Balakrishna (2013) afirmam, que em média o volume do corpo

adiposo da bucal é de aproximadamente 10 ml, com cerca de 6 mm de espessura e metade do volume pode ser representado pelo corpo principal e extensão bucal.

Sua função é puramente mecânica. Auxilia nos movimentos de sucção em recém-nascidos, e nos adultos serve como coxim, atuando como lubrificante e amortecedor, facilitando os movimentos de um músculo em relação ao outro e contribuindo também na morfologia externa da face (BERNARDINO JÚNIOR et al., 2008; BICHAT, 1802; CALVET et al., 2014).

2.2 PRESCRIÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

No pré-operatório é prescrito corticosteroide para o paciente (dois comprimidos de Dexametasona 4mg) uma hora antes do início do procedimento cirúrgico.

2.3 TÉCNICAS CIRÚRGICAS

O corpo adiposo bucal pode ser removido através de três acessos. Conhecida como Método Matarasso, uma incisão é realizada na mucosa jugal, 1cm abaixo da abertura do ducto da glândula parótida. No Método de Stuzin é feita uma incisão posterior a abertura do ducto da parótida. E o terceiro acesso consiste em uma incisão no fundo de sulco através da parede superomedial do espaço bucal, sendo este o tipo mais comum e preferido dos autores (KHIABANI et al., 2014). No presente trabalho apenas dois acessos foram escolhidos: Método Matarasso e acesso em fundo de sulco.

Previamente as duas técnicas que seguem, faz-se necessário submeter o paciente ao protocolo proposto por Malamed (2005): antisepsia intraoral com bochecho de Digluconato de Clorexidina 0,12% sem álcool (PerioGard[®] - Colgate[®]) por um minuto; realizar antisepsia extraoral com Digluconato de Clorexidina 2% (RioHex[®] - RioQuímica[®] Indústria Farmacêutica Ltda, São José do Rio Preto - SP, Brasil). Com o auxílio de gaze (CREMER[®] - Produtos Têxteis e Cirúrgicos, Blumenau - SC, Brasil) estéril secar os tecidos a serem anestesiados. Coletar uma pequena quantidade do anestésico tópico (BENZOTOP[®] - DFL Indústria e Comércio, Jacarepaguá - R, Brasil) em um cotonete (©Johnson & Johnson - Indústria e Comércio de Produtos para Saúde Ltda, Brasil) estéril e aplicar por um minuto, realizando movimentos de varredura, especificamente nos locais de introdução da agulha.

2.3.1 Acesso por fundo de sulco

Deve-se inicialmente anestésias o nervo alveolar superior posterior e médio antes do acesso. Para anestésias o nervo alveolar superior posterior, os tecidos serão retraídos com o afastador de Minessota (FAVA Metalúrgica, Pirituba-SP, Brasil) e com auxílio de uma Seringa Carpule com refluxo (DUFLEX® - SSWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), introduzir-se-á delicadamente a agulha longa (32mm) 30G (UNOJECT® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) na mucosa alveolar, na região distal ao segundo molar superior, formando um ângulo de 45° com o plano oclusal, até cerca de metade do comprimento da agulha. Aspirar e injetar pausada e lentamente $\frac{3}{4}$ do tubete de 1,8mL contendo a solução anestésica de Cloridrato de Articaina 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil). Retirar a agulha lentamente (MALAMED, 2005).

Na anestesia do nervo alveolar superior médio os tecidos também serão retraídos com o afastador de Minessota (FAVA Metalúrgica, Pirituba-SP, Brasil) e com auxílio de uma Seringa Carpule com refluxo (DUFLEX® - SSWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), introduzir-se-á delicadamente a agulha longa (32mm) 30G (UNOJECT® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) na altura da prega mucovestibular do 2° pré-molar superior. Aspirar e injetar pausada e lentamente $\frac{3}{4}$ do tubete de 1,8mL contendo a solução anestésica de Cloridrato de Articaina 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil). Retirar a agulha lentamente. Durante todos os passos, deve-se manter comunicação com o paciente, explicando-lhe o procedimento (MALAMED, 2005).

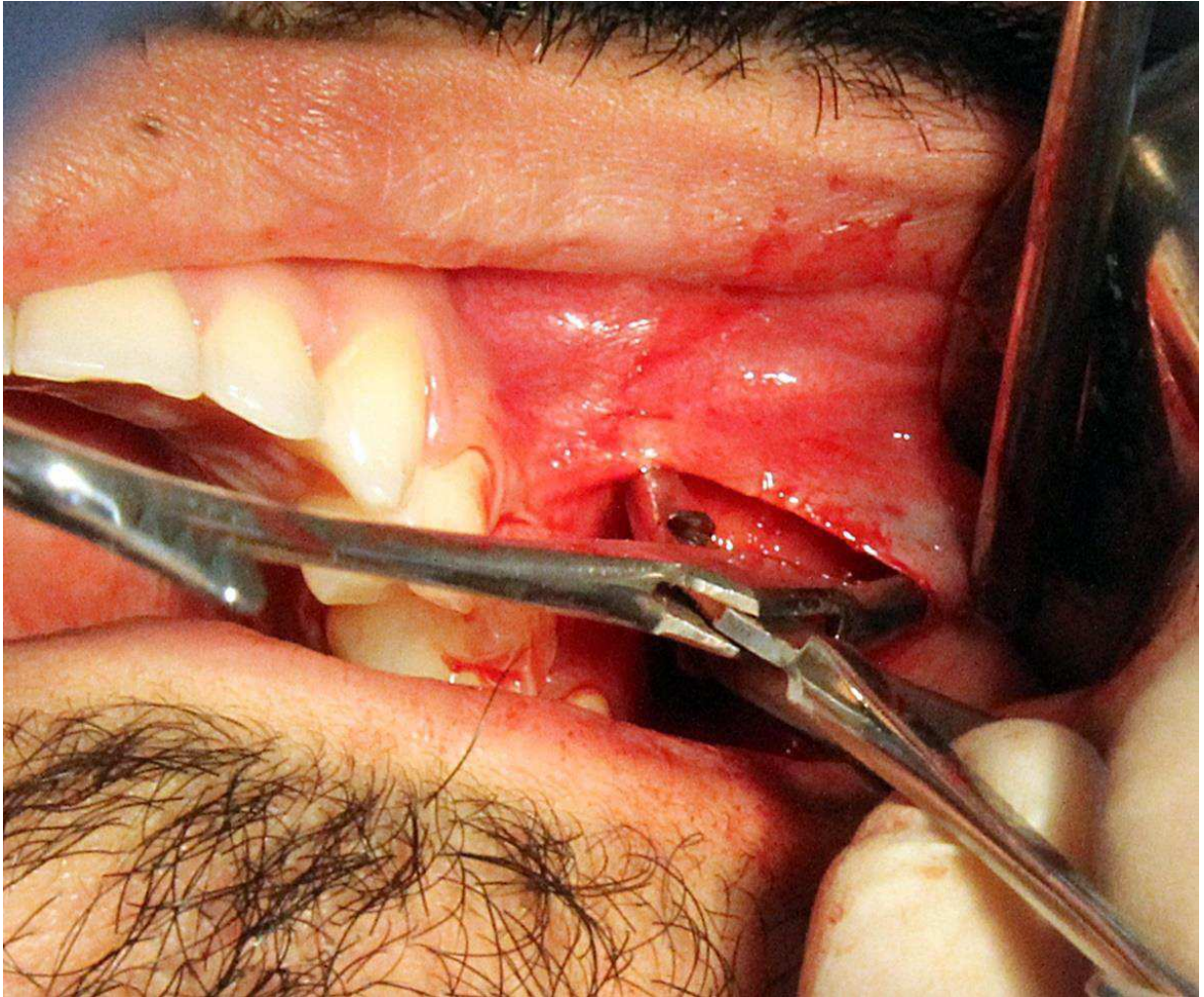
Tomando por base a descrição feita por Khiabani et al. (2014) e Matarasso (2006), para o acesso ao corpo adiposo bucal, uma pequena incisão de 1 cm é feita no tecido mole situado pósterio-superiormente ao pilar zigomático (Figura 01), se estendendo de primeiro a segundo molar, tendo sempre cuidado para visualizar o ducto da glândula parótida (Ducto de Stensen). Uma pinça hemostática (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) é introduzida para divulsão e separação das fibras do músculo bucinador (Figura 02), enquanto isso, uma leve pressão é exercida sobre a face para que a extensão bucal do corpo adiposo bucal desloque da sua posição.

FIGURA 01 – Incisão de 1cm de primeiro a segundo molar



Fonte: próprio autor

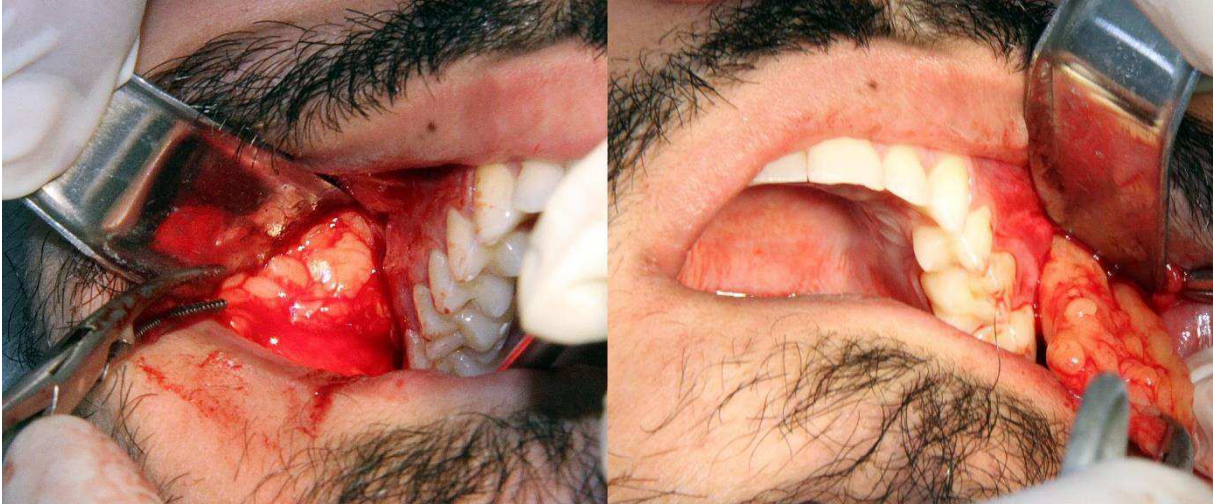
FIGURA 02 – Divulsão das fibras do músculo bucinador



Fonte: próprio autor

Quando o corpo adiposo bucal é localizado, é feita a sua apreensão com pinça hemostática (GOLGRAN[®] - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) com consequente tracionamento para fora com leves movimentos (Figura 03) e com ajuda de outra pinça hemostática (GOLGRAN[®] - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) continua o processo de divulsão até o pedículo ser visualizado e seccionado (MATARASSO, 2006).

FIGURA 03 – Apreensão do corpo adiposo bucal. A: Lado direito; B: Lado esquerdo



Fonte: próprio autor

Quando a cápsula do corpo adiposo bucal não é rompida, é possível remover toda a estrutura de apenas uma peça. Pontos simples com fio de sutura vicryl 3-0 (ETHICON® - Surgical Instruments, United States) devem ser efetuados para fechar a incisão cirúrgica (Figura 04) (MATARASSO, 2006).

FIGURA 04 – Sutura da incisão cirúrgica. A: Direita; B: Esquerda



Fonte: próprio autor

2.3.2 Acesso jugal

Para realização dessa técnica é preciso anestésiar o nervo bucal e nervo alveolar superior posterior. A técnica para anestésiar o nervo alveolar superior posterior foi

anteriormente descrita. Seguindo com o nervo bucal, os tecidos moles devem ser tracionados lateralmente com o afastador, orientar a Seringa Carpule com refluxo (DUFLEX® - SSWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) em direção à margem anterior do ramo da mandíbula, paralelamente ao plano oclusal, na face vestibular dos dentes. Penetrar com agulha longa (32mm) 30G (UNOJECT® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) na mucosa, nas faces vestibular e distal ao último molar até tocar o mucoperiósteo. Aspirar, se negativo, injetar 0,3 ml (1/8 do tubete) da solução anestésica de Cloridrato de Articaína 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil). Retirar lentamente a agulha (MALAMED, 2005).

Com o auxílio de uma Seringa Carpule com refluxo (DUFLEX® - SSWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), posicionado na altura da comissura labial do lado contralateral, introduzir-se-á delicadamente a agulha longa (32mm) 30G (UNOJECT® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) na mucosa jugal 1cm abaixo e a frente do ducto da glândula parótida, até penetrar cerca de metade da agulha e aspirar. Se negativo, injetar pausada e lentamente 1,5 ml da solução anestésica de Cloridrato de Articaína 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE® - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil). A agulha deve ser removida lentamente. Essa anestesia servirá para promover uma melhor hemostasia durante o procedimento cirúrgico.

Posteriormente, para o acesso ao corpo adiposo bucal, deve-se tracionar os tecidos moles com ajuda do afastador Minessota (FAVA Metalúrgica, Pirituba-SP, Brasil) a fim de localizar a papila parotídea e linha de oclusão. Uma pequena incisão de 1 cm é feita na mucosa jugal situado 1cm ântero-inferiormente ao ducto, geralmente em cima da linha de oclusão. Uma pinça hemostática (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) é introduzida para divulsão e separação das fibras do músculo bucinador, enquanto isso, uma leve pressão é exercida no aspecto externo da face para que a extensão bucal do corpo adiposo bucal desloque da sua posição.

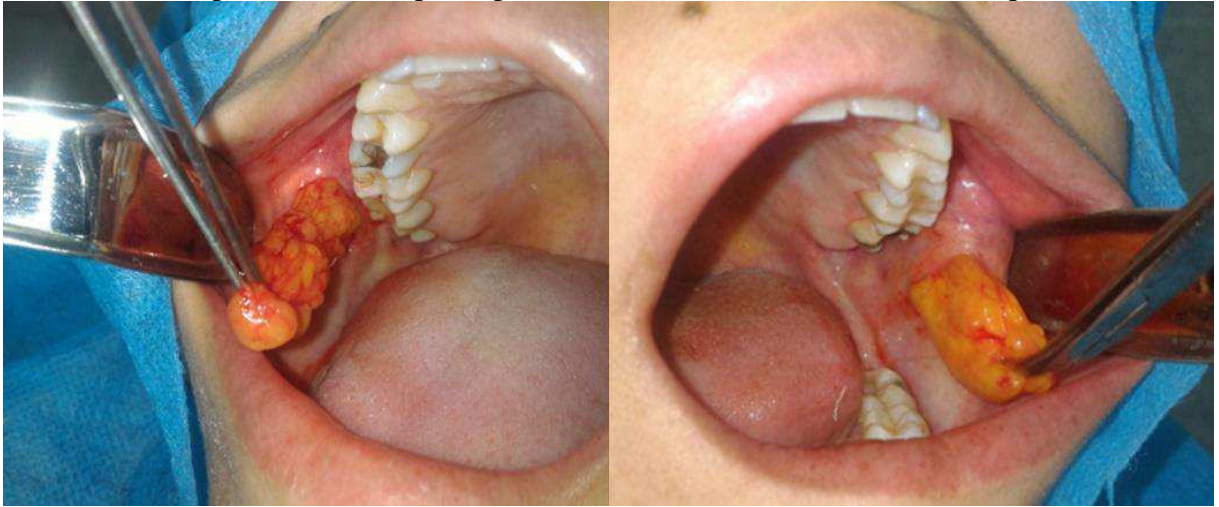
FIGURA 05 – Incisão para acesso jugal



Fonte: próprio autor

Quando o corpo adiposo bucal é localizado, é feita a sua apreensão com pinça hemostática (GOLGRAN[®] - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) com consequente tracionamento para fora com leves movimentos (Figura 06) e com ajuda de outra pinça hemostática (GOLGRAN[®] - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) continua o processo de divulsão até o pedículo ser visualizado e rompido. Pontos simples com fio de sutura vicryl 3-0 (ETHICON[®] - Surgical Instruments, United States) devem ser efetuados para fechar a incisão cirúrgica (MATARASSO, 2006) (Figura 07).

FIGURA 06 - Apreensão do corpo adiposo bucal. A: Lado direito; B: Lado esquerdo



Fonte: próprio autor

FIGURA 07 – Sutura final



Fonte: próprio autor

Para as duas técnicas anteriormente descritas, seringas de 20 ml são utilizadas para medir a quantidade em ml de tecido adiposo bucal removido em ambos os lados (Figura 08).

FIGURA 08 – Uso da seringa como meio para medir a quantidade de tecido adiposo removido em ml



Fonte: próprio autor

Segundo Matarasso (2006), os pacientes só irão observar mudança no contorno facial ao longo de várias semanas, não existindo ainda uma média de tempo exata.

2.4 CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

A medicação prescrita foi analgésico (Dipirona 500mg ou Paracetamol 750mg a cada 6 horas, durante dois dias, em caso de dor) e anti-inflamatório (Ibuprofeno 600mg a cada 6 horas, durante três dias). Orientar ao paciente a necessidade de fazer compressa gelada intensa nas zonas durante 24 a 48 horas, dieta líquido-pastosa nas primeiras 24 horas, evitar alimentos quentes e repouso.

2.5 ACIDENTES E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Matarasso (2006) e Khiabani et al. (2014) afirmam que raramente acidentes ou complicações podem ocorrer, porém são possíveis principalmente devido a ressecção dos tecidos. Lesões ao ducto da glândula parótida, dor intensa, infecções, hematomas prolongados e lesão ao ramo bucal do nervo facial, sendo o edema o achado mais comum.

REFERÊNCIAS

ALONSO-GONZÁLEZ, Rocío et al. Closure of oroantral communications with Bichat's buccal fat pad. Level of patient satisfaction. **Journal Of Clinical And Experimental Dentistry**. Spain, p. 28-33. fev. 2015.

BERNARDINO JÚNIOR, Roberto et al. Cheek Adiposo Corpuscle: A case of anatomic variation. **Biosci. J.** Uberlândia, p. 108-113. out. 2008.

BICHAT, F. **Anatomie générale appliqué à la physiologie et à la médecine**. Paris: Grosson, Gabon, 1802.

BITHER, Saurab; HALLI, Rajshekhar; KINI, Yogesh. Buccal Fat Pad in Intraoral Defect Reconstruction. **Journal Of Maxillofacial And Oral Surgery**. New Delhi, p. 451-455. Oct-Dec. 2013.

BOULOUX, Gary F. et al. Complications of Third Molar Surgery. **Oral And Maxillofacial Surgery Clinics Of North America**. Philadelphia, p. 117-128. fev. 2007.

CALVET, Marcelo Vinícius Bezerra et al. Fechamento de comunicação buco-antral com bola adiposa de bichat: revisão de literatura e relato de caso. **Rev. Ciênc. Saúde**. São Luís, v.16 n.2, p. 106-111. jul-dez. 2014.

KHIABANI, Kazem et al. Buccal Fat Pad Lifting: An Alternative Open Technique for Malar Augmentation. **J Oral Maxillofac Surg.** Philadelphia, p. 403.e1-15. fev. 2014.

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 5. ed. São Paulo: Elsevier, 2005.

MATARASSO, Alan. Managing the Buccal Fat Pad. **Aesthetic Surgery Journal**. St. Louis, p. 330-336. maio 2006.

PRASHANTH, R; NANDINI, G.D.; BALAKRISHNA, Ramdas. Evaluation of Versatility and Effectiveness of Pedicled Buccal Fat Pad Used in the Reconstruction of Intra Oral Defects. **Journal Of Maxillofacial And Oral Surgery.** New Delhi, p. 152-159. jun. 2013.

3. ARTIGO CIÊNTIFICO

BICHECTOMIA: DESCRIÇÃO DE TÉCNICAS, COMPLICAÇÕES E GRAU DE SATISFAÇÃO

BICHECTOMY: DESCRIPTION TECHNIQUES, COMPLICATIONS AND SATISFACTION

AUTORES:

Rayssa Batista de ANDRADE

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil.

rayssabaa@hotmail.com

Julierme Ferreira ROCHA

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil.

juliermerocha@hotmail.com

Eduardo Dias RIBEIRO

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil. – UFCG

eduardodonto@yahoo.com.br

José Cadmo Wanderley Peregrino de ARAÚJO FILHO

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil. – UFCG

cadmoaraujo@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Julierme Ferreira Rocha - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil.

Email:juliermerocha@hotmail.com

RESUMO

Nos últimos anos, a busca por procedimentos cirúrgicos que visem a melhora do contorno facial tem ganhado evidências científicas e boa aceitação por parte dos pacientes e profissionais da área médico-odontológica. O corpo adiposo da bucal, anteriormente denominado de bola de Bichat, tem sido empregado para o reparo de defeitos dos tecidos moles da região facial, com resultados aceitáveis e raras complicações. Recentemente, a remoção do corpo adiposo bucal (denominado de bichectomia), visando uma redução do trauma repetitivo na mucosa jugal e, por conseguinte, uma melhora do contorno facial tem sido amplamente difundida. O objetivo do presente trabalho foi apresentar a descrição de duas técnicas cirúrgicas utilizadas para remoção do corpo adiposo bucal, enfatizando as possíveis complicações cirúrgicas e o grau de satisfação dos pacientes. Foram operados dez pacientes de ambos os gêneros, com faixa etária média de 25,2 anos, sendo removida uma quantidade média de 4,14/4,19 mL do corpo adiposo bucal. O grau de satisfação dos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico foi satisfatório. A remoção do corpo adiposo bucal é um procedimento simples, rápido e a incidência de complicações é limitada, além de oferecer resultados satisfatórios.

Descritores: Cirurgia bucal; odontologia; complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

In recent years, the search for surgical procedures aimed at improvement of facial contour has gained scientific evidence and well accepted by patients and professionals in the medical and dental field. the buccal fat pad, formerly of boule de Bichat, has been employed for the repair of soft tissue defects of the facial region, with acceptable results and rare complications. Recently, the removal of the buccal fat pad (called Bichectomy), aiming at a reduction of repetitive trauma to the oral mucosa and therefore an improvement of facial contour has been widespread. the objective of this study was to present the description of two surgical techniques used to remove the buccal fat pad, emphasizing the possible surgical complications and the degree of patient satisfaction. They were operated on ten patients of both genders, with a mean age of 25,2 years, and removed an average amount of 4,14 / 4,19 ml of buccal fat pad. the degree of satisfaction of patients undergoing surgery was satisfactory. Removing of the buccal fat pad is a simple, fast and the incidence of complications is limited, and provides satisfactory results.

Descriptors: Sugery, oral; dentistry; postoperative complications.

INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez em 1732 por Heister como uma estrutura glandular, redefinida pelo anatomista francês Xavier Bichat e referido na literatura médica em 1802 como tecido adiposo, o corpo adiposo bucal apresenta-se como uma massa de tecido especializado envolto por uma fina cápsula, com um corpo e quatro projeções: bucal, pterigoide, temporais superficial e profunda^{1, 2, 3}.

Nos últimos 30 anos, o corpo adiposo da bucal, também conhecido como Bola de Bichat ou corpo adiposo da bochecha, vêm sendo amplamente usada para o fechamento de comunicação buco-sinusal, tornando-se um procedimento útil em cirurgia oral regenerativa, com resultados aceitáveis e raras complicações⁴. Tem tido também aplicação estética, quando o objetivo é a sua retirada para melhorar a projeção do osso zigomático⁵.

A busca dos pacientes pela harmonia e simetria da face tem sido imensa devido ao grande apelo causado pela mídia. De acordo com Matarasso⁶ o público alvo tem sido o adulto que deseja diminuir o volume do terço médio da face, apresentando maior refinamento, escultura e valorização dos traços esqueléticos após o procedimento. Alonso-gonzález et al.⁴ reportam que é interessante considerar o grau de satisfação do paciente após esse tipo de tratamento cirúrgico, devido as alterações estéticas e por vezes, funcionais.

O objetivo do presente trabalho foi descrever duas técnicas cirúrgicas para remoção do corpo adiposo bucal, enfatizando as possíveis complicações, e avaliar o grau de satisfação dos pacientes após a cirurgia.

MATERIAL E MÉTODO

A amostra constou de 10 pacientes que foram submetidos à cirurgia para remoção do corpo adiposo bucal (Bichectomia) pela Liga Acadêmica de Cirurgia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil. Todos os pacientes foram informados acerca do procedimento, sendo solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

PRESCRIÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

No pré-operatório é prescrito corticosteroide para o paciente (dois comprimidos de Dexametasona 4mg) uma hora antes do início do procedimento cirúrgico.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Previamente as duas técnicas que seguem, faz-se necessário submeter o paciente ao protocolo proposto por Malamed⁷, solicitar ao paciente que faça antisepsia intraoral com Digluconato de Clorexidina 0,12% sem álcool (RioHex[®] - RioQuímica[®] Indústria Farmacêutica Ltda, São José do Rio Preto - SP, Brasil) por um minuto; realizar antisepsia extraoral com Digluconato de Clorexidina 2% (RioHex[®] - RioQuímica[®] Indústria Farmacêutica Ltda, São José do Rio Preto - SP, Brasil). Com o auxílio de gaze (CREMER[®] - Produtos Têxteis e Cirúrgicos, Blumenau - SC, Brasil) estéril secar os tecidos a serem anestesiados. Coletar uma pequena quantidade do anestésico tópico (BENZOTOP[®] - DFL Indústria e Comércio, Jacarepaguá - RJ, Brasil) em um cotonete (©Johnson & Johnson - Indústria e Comércio de Produtos para Saúde Ltda, São José dos Campos - SP, Brasil) estéril e aplicar por um minuto, realizando movimentos de varredura, especificamente nos locais de introdução da agulha.

Acesso por fundo de sulco

Após anestésiar o nervo alveolar superior posterior e médio e tomando por base a descrição feita por Khiabani et al.⁸ e Matarasso⁶, para o acesso ao corpo adiposo bucal, deve-se tracionar os tecidos moles com ajuda do afastador Minnessota (FAVA Metalúrgica, Pirituba

- SP, Brasil) e uma pequena incisão de 1 cm com lâmina de bisturi 15C (EMBRAMAC[®] - Indústria, Comércio Importação e Exportação Ltda, Itapira - SP, Brasil) é feita no tecido mole situado pósterio-inferiormente ao pilar zigomático, se estendendo de primeiro a segundo molar, tendo sempre cuidado para visualizar o ducto da glândula parótida (Ducto de Stensen). Uma pinça hemostática (GOLGRAN[®] - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul - SP, Brasil) é introduzida para divulsão e separação das fibras do músculo bucinador, enquanto isso, uma leve pressão é exercida sobre a face para que a extensão bucal do corpo adiposo bucal desloque da sua posição.

Quando o corpo adiposo bucal é localizado, é feita a sua apreensão com pinça hemostática (GOLGRAN[®] - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul - SP, Brasil) com conseqüente tracionamento para fora com leves movimentos e com ajuda de outra pinça hemostática continua o processo de divulsão até o pedículo ser visualizado e rompido.⁶

Quando a cápsula do corpo adiposo bucal não é rompido é possível remover toda a estrutura de apenas uma peça. Matarasso⁶ indica efetuar pontos simples com fio de sutura vicryl 3-0 (ETHICON[®] - Surgical Instruments, United States) para fechar a incisão cirúrgica.

Acesso jugal

Para realização dessa técnica é preciso anestésiar o nervo bucal e nervo alveolar superior posterior. Posteriormente, para o acesso ao corpo adiposo bucal, deve-se tracionar os tecidos moles com ajuda do afastador a fim de localizar o ducto da glândula parótida e linha de oclusão. Uma pequena incisão de 1 cm com lâmina de bisturi 15C é feita na mucosa jugal, situada 1cm ântero-inferiormente ao ducto, geralmente em cima da linha de oclusão. Uma pinça hemostática é introduzida para divulsão e separação das fibras do músculo bucinador, enquanto isso, uma leve pressão é exercida sobre a face para que a extensão bucal do corpo adiposo bucal desloque da sua posição.

Quando o corpo adiposo bucal é localizado, é feita a sua apreensão com pinça hemostática com conseqüente tracionamento para fora com leves movimentos, e com ajuda de outra pinça hemostática continua o processo de divulsão até o pedículo ser visualizado e rompido. Pontos simples com fio de sutura vicryl 3-0 devem ser efetuados para fechar a incisão cirúrgica.

Para as duas técnicas anteriormente descritas, seringas de 20 ml são utilizadas para medir a quantidade em ml de tecido adiposo bucal removido em ambos os lados.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

A medicação prescrita foi analgésico (Dipirona 500mg ou Paracetamol 750mg a cada 6 horas, durante dois dias, em caso de dor) e anti-inflamatório (Ibuprofeno 600mg a cada 6 horas, durante três dias). Foi orientada ao paciente a necessidade de fazer compressa gelada intensa nas zonas durante 24 a 48 horas, dieta líquido-pastosa nas primeiras 24 horas, evitar alimentos quentes e repouso.

GRAU DE SATISFAÇÃO

O questionário continha perguntas objetivas e subjetivas que permitiam a exposição da opinião particular de cada paciente. Todos os pacientes possuíam prontuário com dados pessoais e anamnese completo. Os pacientes não foram identificados no presente trabalho por seus nomes, sendo definidos como P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10.

Os critérios de seleção constavam de que os pacientes fossem possuidores de prontuário com ficha completa, sem predileção por raça, gênero ou idade. Os pacientes foram contatados por telefone e convidados a comparecer a Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil, para a aplicação do questionário. Responderam com o auxílio do graduando responsável pelo tratamento cirúrgico.

O questionário constava de 20 perguntas sobre o estado de vida antes e depois do procedimento cirúrgico, baseado em outros questionários constantes na literatura^{9,10,11}. Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel®, sendo submetidos à luz da estatística descritiva.

RESULTADOS

De março a junho de 2016, dez pacientes foram submetidos ao procedimento cirúrgico para remoção do corpo adiposo bucal (Bichectomia). Os seguintes dados foram coletados: idade, gênero, tipo de acesso cirúrgico, quantidade de tecido adiposo removido e presença ou não de complicação pós-operatória (Tabela 01).

TABELA 01 – Amostra

Paciente	Idade	Gênero	Técnica Utilizada	Quantidade removida do lado direito	Quantidade removida do lado esquerdo	Complicação pós-operatória
1	21	M	FUNDO DE SULCO	5ml	4,5ml	Não
2	24	F	FUNDO DE SULCO	5ml	5ml	Não
3	22	F	FUNDO DE SULCO	2,5ml	3ml	Não
4	22	F	FUNDO DE SULCO	5ml	5ml	Não
5	34	M	FUNDO DE SULCO	3ml	3ml	Sim
6	33	M	FUNDO DE SULCO	6ml	6ml	Não
7	26	M	FUNDO DE SULCO	3,5ml	4ml	Não
8	25	F	JUGAL	3ml	3ml	Não

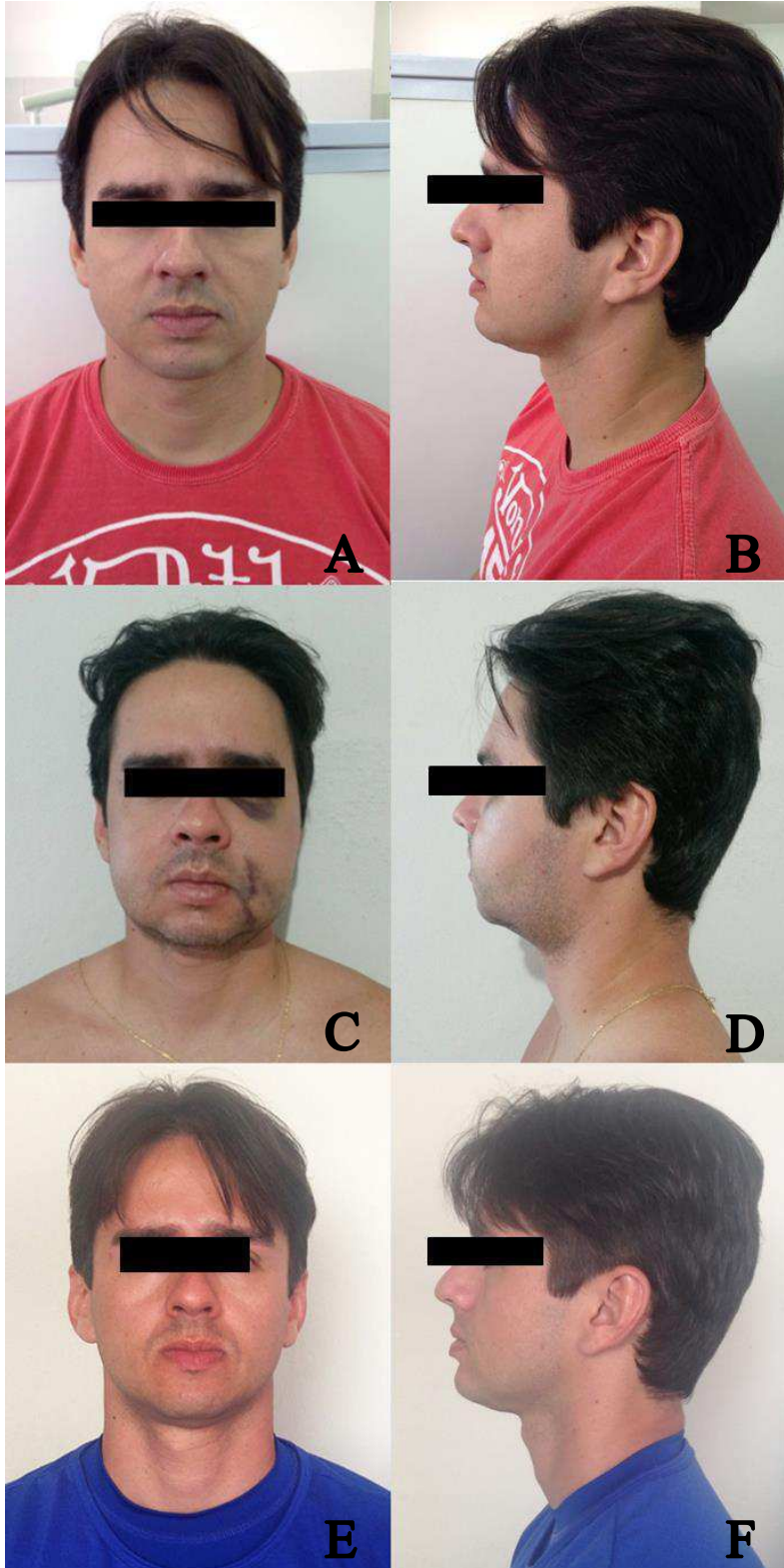
9	22	F	JUGAL	4,5ml	4,5ml	Não
10	23	F	JUGAL	3,9ml	3,9ml	Não

Fonte: dados da pesquisa.

A quantidade de tecido gorduroso removido variou de 2,5 ml a 6 ml. Do lado direito a média foi de 4,14 ml e do lado esquerdo 4,19 ml (Tabela 01).

Apenas um paciente apresentou complicação pós-operatória, sendo diagnosticado com hematoma (Tabela 01 e Ilustração 01). Nenhum paciente entrevistado relatou a presença de parestesia e paralisia no pós-operatório.

ILUSTRAÇÃO 01 – Antes e depois da Bichectomia por acesso em fundo de sulco. A: Antes (foto frontal); B: Antes (foto perfil); C e D: Hematoma. Complicação pós-operatória; E: Pós-operatório de quatro meses (foto frontal); F: Pós-operatório de quatro meses (foto perfil);



Fonte: próprio autor.

A maioria dos pacientes que buscou a Bichectomia, ou seja, sete deles tiveram por objetivo a melhoria da estética e três buscaram melhoria da mastigação, sendo essa dificuldade sanada após a cirurgia. Apenas 20% dos pacientes disseram apresentar dificuldade mastigatória, classificando como razoável nos primeiros dias do pós-operatório, devido ao edema e conseqüente dificuldade para abrir a boca. Enquanto a maioria (80%) considerou boa/normal.

Seis pacientes relataram sentir dores musculares no pós-operatório. Os pacientes restantes (quatro) não relataram dores musculares pós-cirúrgicas.

A dificuldade de fala não foi relatada como problema pré-operatório. Porém, quatro dos dez pacientes relatou a dificuldade de fonação no pós-operatório. E todos disseram respirar normalmente após a cirurgia.

Quando questionados sobre quem havia informado sobre a Bichectomia, 70% dos entrevistados responderam terem sido informados por um graduando em Odontologia, 10% recebeu a informação de um amigo que já havia vivenciado a cirurgia e 20% disseram ter sido outros. Quando essa foi a resposta escolhida, a pergunta solicitava a informação adicional de quem havia dito ao paciente sobre a cirurgia. Um deles respondeu, então, ter estudado sobre o assunto, pois cursava Odontologia e o outro paciente recebeu a informação de um parente.

Solicitou-se que o paciente avaliasse a satisfação com o tratamento proposto. Quanto à satisfação com o resultado do tratamento obtido, a maioria (seis pacientes) respondeu estar muito satisfeito (a) com o resultado final do tratamento, três respondeu estar satisfeito (a) e um relativamente satisfeito (a).

Quando perguntado se os pacientes indicariam a cirurgia para outra pessoa, o único paciente que respondeu negativamente a essa questão foi o mesmo que disse estar relativamente satisfeito. Porém os outros nove indicariam.

Questionados quanto à parte da cirurgia que lhe foi pior, inúmeras foram as respostas (Tabela 02). Sendo que metade das respostas foi relacionada ao pós operatório e apenas um paciente marcou a resposta “outro” e relatou que a pior parte da cirurgia foi a utilização do afastador durante a procedimento cirúrgico, o acesso para a retirada de gordura e sensação desconfortável ao sentir a gordura sair.

TABELA 02 - Experiência clínica indesejável.

Paciente	O pós-operatório	Dificuldade para alimentar-se	Edema e Inchaço	Ansiedade pré-operatória	Outros
P1					X
P2	X		X	X	
P3			X		
P4	X				
P5	X				
P6	X				
P7	X				
P8			X		
P9		X			
P10				X	
TOTAL	5	1	3	2	1
%	50%	10%	30%	20%	10%

Fonte: dados da pesquisa.

A maioria dos pacientes (90%) disse ter melhorado sua autoestima. Nove dos dez pacientes não tiveram qualquer dificuldade em se adaptar à nova situação (ao novo padrão facial conseguido após a cirurgia) e apenas um indivíduo teve problemas apenas no início.

80% dos pacientes disseram sentir-se melhor/bonito (a) agora, após a cirurgia e 20% deles respondeu que se sente muito melhor/mais bonito.

Após a cirurgia, o que mudou na vida do paciente. Seis pacientes responderam que tiveram sua autoestima melhorada, dois obtiveram uma melhoria na mastigação, um relatou não ter mudado muita coisa, outro disse ter o sorriso melhorado, pois agora as bochechas não ficavam em evidência. Apenas um paciente apontou um ponto negativo apesar de também ter sentido uma melhora na estética, pois ficou uma cicatriz em fundo de sulco onde há um acúmulo de comida que não existia antes do procedimento.

Nove pacientes observaram e foram observados por seus semelhantes como tendo melhoras em sua aparência. Um paciente relatou que as pessoas não notam que foi realizado o procedimento em si, mas que tem a impressão que houve uma perda de peso.

DISCUSSÃO

Calvet et al.⁵ dizem que se tratando do volume do corpo adiposo bucal há controvérsias. Matarasso⁶ afirma que o volume é relativamente consistente ao longo da vida do indivíduo apesar da variação de peso e índice de massa corporal, pois apresenta uma taxa lipolítica diferente da gordura subcutânea. Para Khiabani et al.⁸ o volume pode alterar durante a vida do paciente e há variação entre os gêneros. O volume significativo nos homens é de 10,2 ml, ao passo que o volume médio em mulheres é de 8,9 mL. Calvet et al.⁵ e Prashanth et al.³ afirmam, que em média o volume do corpo adiposo bucal é de aproximadamente 10 ml, com cerca de 6 mm de espessura e metade do volume pode ser representado pelo corpo principal e extensão bucal.

Na amostra do presente estudo foi observado que em apenas 30% dos casos foi retirado pelo menos metade do volume do corpo adiposo bucal em ambos os lados. Considerando que o corpo principal e extensão bucal correspondem a 5 ml, apenas nesses pacientes foi possível remover por completo essas estruturas. Vale salientar que apesar da amostra ser pequena, essa quantidade retirada só foi observado nos pacientes operados pelo acesso em fundo de sulco, o que apresenta um ponto positivo para a técnica. Porém não há estudos que indiquem qual o volume correto a ser removido e que volume trará resultado notório e satisfatório.

É de fundamental importância o Cirurgião-Dentista informar o paciente sobre todos os possíveis resultados do tratamento proposto. Dessa maneira podem ser evitadas as expectativas fora da realidade e a insatisfação do paciente. Visto que, o sucesso do tratamento está totalmente interligado com a satisfação do paciente.¹¹

Existem muitos estudos para determinar o grau de satisfação de pacientes que se submeteram a cirurgia ortognática¹¹, porém quando se trata do procedimento cirúrgico para remoção do corpo adiposo bucal os estudos são inexistentes.

O motivo predominante pelo qual o paciente se submete a Bichectomia, quando comparada a outros procedimentos faciais, por exemplo, a cirurgia ortognática, é estética.^{9,10,11} No nosso estudo, 70% da amostra objetivou melhorar a aparência e apenas 30% a mastigação.

Para a análise do resultado foi realizada avaliação clínica e fotográfica do pré-cirúrgico e pós-cirúrgico mínimo de três meses. Segundo Matarasso⁶ os pacientes irão observar mudança no contorno facial ao longo de várias semanas, porém não existe ainda uma média de tempo exata. Dessa forma, seria de fundamental importância um acompanhamento quantitativo do resultado pós-operatório através de medidas cefalométricas como proposto por Khiabani et al.⁸

Dentre os dez pacientes que compõe a amostra, apenas um apresentou complicação pós-operatória, sendo diagnosticado com hematoma. Em torno de três horas após o procedimento cirúrgico o paciente queixou-se de dor e maior aumento de volume no lado esquerdo da face, sendo dolorido e firme a palpação. Foi prescrito Cloridrato de Tramadol (100mg, de seis em seis horas em caso de dor), Azitromicina (500mg uma vez ao dia durante cinco dias), Ibuprofeno (600mg de seis em seis horas durante três dias). O paciente foi acompanhado clinicamente e orientado a fazer compressa gelada nas primeiras 48 horas de pós-cirúrgico e nos dias seguintes, compressa quente com drenagem linfática facial até completa regressão do hematoma.

Matarasso⁶ e Khiabani et al.⁸ afirmam que raramente acidentes ou complicações podem ocorrer, porém são possíveis principalmente devido a ressecção dos tecidos. Lesões ao ducto da glândula parótida, dor intensa, infecções, hematomas prolongados e lesão ao ramo bucal do nervo facial, sendo o edema o achado mais comum. O hematoma pode ter sido causado pelo íntimo contato do corpo adiposo bucal com estruturas vasculares como descrito

por Bither et al.¹ e Calvet et al.⁵: artéria transversa da face, pelos ramos bucais e temporais da artéria maxilar e por pequenos ramos da artéria facial.

Neste estudo, não houve lesão do ducto da parótida, infecções, paralisia ou parestesia. E o edema esteve presente no pós-operatório de todos os pacientes com volumes variáveis.

Deve-se ainda ter mente que variações anatômicas podem existir como o relatado por Bernardino Júnior et al.¹², onde através da dissecação de cadáveres foi encontrado um corpo adiposo bucal significativamente maior que o normalmente relatado na literatura. Apesar de ser considerado raro, o seu volume aumentado e sua proximidade com ramos do nervo facial, aumentam as chances de possíveis complicações.

Os resultados dos estudos a respeito da prática da Cirurgia Bucomaxilofacial, realizada pela Câmara Técnica, consideram algumas regras que dispõem a Resolução do CFO nº 003/99¹³ e a Resolução do CFM nº 1536/98¹⁴ que diz: “Art.2º - É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioídea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório que é de competência do cirurgião-dentista”.

CONCLUSÕES

A remoção do corpo adiposo bucal é um procedimento simples, rápido e a incidência de complicações é limitada, além de oferecer resultados satisfatórios.

ILUSTRAÇÕES E TABELAS

ILUSTRAÇÃO 01 – Antes e depois da Bichectomia por acesso em fundo de sulco. A: Antes (foto frontal); B: Antes (foto perfil); C e D: Hematoma. Complicação pós-operatória; E: Pós-operatório de quatro meses (foto frontal); F: Pós-operatório de quatro meses (foto perfil);

TABELA 01 – Amostra.

TABELA 02 - Experiência clínica indesejável.

REFERÊNCIAS

1. Bither S, Halli R, kini Y. Buccal Fat Pad in Intraoral Defect Reconstruction. *J Maxillofac Oral Surg.* 2013 Dec;12(4):451-5.
2. Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of Third Molar Surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2007 Feb;19(1):117-28.
3. Prashanth R, Nandini GD, Balakrishna R. Evaluation of Versatility and Effectiveness of Pedicled Buccal Fat Pad Used in the Reconstruction of Intra Oral Defects. *J Maxillofac Oral Surg.* 2013 Jun;12(2):152-9.
4. Alonso-González R, Peñarrocha-Diago M, Peñarrocha-Oltra D, Aloy-Prósper A, Camacho-Alonso F, Peñarrocha-Diago M. Closure of oroantral communications with Bichat's buccal fat pad. Level of patient satisfaction. *J Clin Exp Dent.* 2015 Feb 1;7(1):e28-33.
5. Calvet MVB, Castro BRA, Agostinho CNLF, Bastos EG. Fechamento de comunicação buco-antral com bola adiposa de bichat: revisão de literatura e relato de caso. *Rev. Ciênc. Saúde.* 2014 Jul-dez;16(2):106-111.
6. Matarasso, A. Managing the Buccal Fat Pad. *Aesthet Surg J.* 2006 May-Jun;26(3):330-6.
7. Malamed SF. *Manual de Anestesia Local.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
8. Khiabani K, Keyhan SO, Varedi P, Hemmat S, Razmdideh R, Hoseini E. Buccal Fat Pad Lifting: An Alternative Open Technique for Malar Augmentation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Feb;72(2):403.e1-15.
9. Batista SHB, Dias-Ribeiro E, Torriani MA, Aranega AM. Avaliação da satisfação de pacientes submetidos à cirurgia ortognática: análise qualitativa. *Rev. Odontol. Araçatuba.* 2014 Jul;35(2):41-45.
10. Costa KLD, Martins LD, Gonçalves RCG, Zardo M, Domingues de Sá AC. Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia ortognática. *Rev. Cir. Traumatol. Bucamaxilo-fac.* 2012 Abr;12(2):81-92.

11. Dias-Ribeiro E, Gaetti-Jardim EC, Rocha JF, Garcia Filho A, Sant'Ana E. Análise do grau de satisfação dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática: revisão de literatura. *Editorial Ortho Science*. 2010 Ago 263-267.
12. Bernardino Júnior R, Sousa GC, Lizardo FB, Bontempo DB, Guimarães PP, Macedo JH. Corpo adiposo da bochecha: um caso de variação anatômica. *Biosci. J.* 2008 Oct-Dec24(4):108-113.
13. BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 3/1999, 26 de fevereiro de 1999. Rio de Janeiro. 1999.
14. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1536/98, 03 de dezembro de 1998. Publicada no D.O.U. Seção I, p.52 .

CARTA DE SUBMISSÃO, RESPONSABILIDADE, TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Prezado Editor,

Encaminho(amos) o artigo intitulado

de autoria de

para análise e publicação na Revista de Odontologia da UNESP.

Por meio deste documento, transfiro(imos), para a Revista de Odontologia da UNESP, os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão de sua exclusiva propriedade, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida, por escrito, junto à Comissão Editorial da Revista.

Certifico(amos) que o manuscrito é um trabalho de pesquisa original, e que seu conteúdo não está sendo considerado para publicação em outras revistas, seja no formato impresso ou eletrônico, reservando-se seus direitos autorais para a referida revista. A versão final do trabalho foi lida e aprovada por todos os autores. Certifico(amos) que participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha(nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Declaro(amos) que estou(amos) de acordo com o pagamento de taxa de publicação caso o artigo seja aceito para publicação na Revista de Odontologia da UNESP.

Datar e assinar

____/____/____

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores do artigo intitulado

..... declaram não possuir conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico.

Datar e assinar

___/___/____

Observações:

- Os coautores, juntamente com os autores principais, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado sobre sua publicação, se aceito pela REVISTA DE ODONTOLOGIA DA UNESP.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grau de satisfação dos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico foi satisfatório. A remoção do corpo adiposo da bucal é um procedimento simples, rápido e a incidência de complicações é limitada, além de oferecer resultados satisfatórios.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande para, por intermédio dos seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo dessa especialidade e de áreas afins.

Concordo também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, permaneçam sob guarda desta Faculdade, à qual dou plenos direitos de uso para quaisquer fins de ensino, apresentações científicas e de divulgação em livros, jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Patos, _____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente ou responsável

ANEXO B – INSTRUÇÕES AOS AUTORES (REVISTA DE ODONTOLOGIA DA UNESP)

REVISTA DE ODONTOLOGIA DA UNESP

Instruções aos Autores

ESCOPO E POLÍTICA

A Revista de Odontologia da UNESP tem como missão publicar artigos científicos inéditos de pesquisa básica e aplicada que constituam avanços do conhecimento científico na área de Odontologia, respeitando os indicadores de qualidade.

ITENS EXIGIDOS PARA A APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

- Os artigos enviados para publicação devem ser inéditos e não ter sido submetidos simultaneamente a outro periódico. A Revista de Odontologia da UNESP reserva-se todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com a devida citação da fonte.
- Podem ser submetidos artigos escritos em português ou inglês. O texto em inglês, após aceito para publicação, deverá ser submetido a uma revisão gramatical do idioma por empresa reconhecida pela Revista.
- A Revista de Odontologia da UNESP tem publicação bimestral e tem o direito de submeter todos os artigos a um corpo de revisores, totalmente autorizados para decidir pela aceitação, ou para devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto, e/ou para adaptação às regras editoriais da revista.
- Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor Científico ou do Corpo Editorial.
- As datas do recebimento do artigo, bem como sua aprovação, devem constar na publicação.

CRITÉRIOS DE ANÁLISE DOS ARTIGOS

- Os artigos são avaliados primeiramente quanto ao cumprimento das normas de publicação e analisados em programa específico quanto a ocorrência de plágio.
- Os artigos que estiverem de acordo com as normas são avaliados por um Editor de Área, que o encaminha ao Editor Científico para uma análise quanto à adequação ao escopo e quanto a critérios mínimos de qualidade científica e de redação. Depois da análise, o Editor Científico pode recusar os artigos, com base na avaliação do Editor de Área, ou encaminhá-los para avaliação por pares.
- Os artigos aprovados para avaliação pelos pares são submetidos à análise quanto ao mérito e método científico por, no mínimo, dois revisores; mantendo-se sigilo total das identidades dos autores.
- Quando necessária revisão, o artigo é devolvido ao autor correspondente para as alterações, mantendo-se sigilo total das identidades dos revisores. A versão revisada é ressubmetida, pelos autores, acompanhada por uma carta resposta (*cover letter*), explicando cada uma das alterações realizadas no artigo a pedido dos revisores. As sugestões que não forem aceitas devem vir acompanhadas de justificativas convincentes. As alterações devem ser destacadas no texto do artigo em negrito ou em outra cor. Quando as sugestões e/ou correções forem feitas diretamente no texto, recomendam-se modificações nas configurações do Word, para que a identidade do autor seja preservada. O artigo revisado e a carta resposta são, inicialmente, avaliados pelo Editor Científico, que os envia aos revisores, quando solicitado.
- Nos casos de inadequação da língua portuguesa ou inglesa, uma revisão técnica por um especialista é solicitada aos autores.
- Nos casos em que o artigo for rejeitado por um dos dois revisores, o Editor Científico decide sobre seu envio para a análise de um terceiro revisor.
- Nos casos de dúvida sobre a análise estatística, esta é avaliada pelo estatístico consultor da revista.

CORREÇÃO DAS PROVAS DOS ARTIGOS

- A prova final dos artigos é enviada ao autor correspondente através de *e-mail* com um *link* para baixar o artigo diagramado em PDF para aprovação final.
- O autor dispõe de um prazo de 72 horas para correção e devolução do original devidamente revisado, se necessário.

- Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Editor Científico considera como final a versão sem alterações, e não são mais permitidas maiores modificações. Apenas pequenas modificações, como correções de ortografia e verificação das ilustrações, são aceitas. Modificações extensas implicam a reapreciação pelos revisores e atraso na publicação do artigo.

- A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Todos os manuscritos devem vir, obrigatoriamente, acompanhados da **Carta de Submissão**, do **Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição**, como também da **Declaração de Responsabilidade**, da **Transferência de Direitos Autorais** e da **Declaração de Conflito de Interesse** (documento explicitando presença ou não de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico) assinada pelo(s) autor(es) (modelos anexos). O manuscrito deve ser enviado em dois arquivos: um deles deve conter somente o título do trabalho e respectivos autores; o outro, o artigo completo sem a identificação dos autores.

O periódico cobra a taxa de R\$ 70,00 por página diagramada dos autores (vigência 30 fascículo de 2016).

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Deverão ser encaminhados a revista os arquivos:

1. página de identificação
2. artigo
3. ilustrações
4. carta de submissão
5. cópia do certificado da aprovação em Comitê de Ética, **Declaração de Responsabilidade**, **Transferência de Direitos Autorais** e **Declaração de Conflito de Interesse**

Página de identificação

A página de identificação deve conter as seguintes informações:

- títulos em português e em inglês devem ser concisos e refletir o objetivo do estudo.
- nomes por extenso dos autores (sem abreviatura), com destaque para o sobrenome (em negrito ou em maiúsculo) e na ordem a ser publicado; nomes da instituição aos quais são afiliados (somente uma instituição), com a respectiva sigla da instituição (UNESP, USP, UNICAMP, etc.); cidade, estado (sigla) e país (Exemplo: Faculdade de Odontologia, UNESP Univ - Estadual Paulista, Araraquara, SP, Brasil). Os autores deverão ser de no máximo 5 (cinco). Quando o estudo for desenvolvido por um número maior que 5 pesquisadores, deverá ser enviada justificativa, em folha separada, com a descrição da participação de todos os autores. A revista irá analisar a justificativa baseada nas diretrizes do "International Committee of Medical Journal Editors", disponíveis em http://www.icmje.org/ethical_1author.html.
- endereço completo do autor correspondente, a quem todas as correspondências devem ser endereçadas, incluindo telefone, fax e *e-mail*;
- *e-mail* de todos os autores.

Artigo

O texto, incluindo resumo, *abstract*, tabelas, figuras e referências, deve estar digitado no formato *.doc*, preparado em *Microsoft Word 2007 ou posterior*, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço duplo, margens laterais de 3 cm, superior e inferior com 2,5 cm, e conter um total de 20 laudas. Todas as páginas devem estar numeradas a partir da página de identificação.

Resumo e Abstract

O artigo deve conter RESUMO e *ABSTRACT* precedendo o texto, com o máximo de 250 palavras, estruturado em seções: introdução; objetivo; material e método; resultado; e conclusão. Nenhuma abreviação ou referência (citação de autores) deve estar presente.

Descritores/Descriptors

Indicar os Descritores/*Descriptors* com números de 3 a 6, identificando o conteúdo do artigo, e mencioná-los logo após o RESUMO e o *ABSTRACT*.

Para a seleção dos Descritores/*Descriptors*, os autores devem consultar a lista de assuntos do *MeSH Data Base* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) e os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Deve-se utilizar ponto e vírgula para separar os descritores/*descriptors*, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula.

Exemplos: Descritores: Resinas compostas; dureza.

Descriptors: Photoelasticity; passive fit.

Introdução

Explicar precisamente o problema, utilizando literatura pertinente, identificando alguma lacuna que justifique a proposição do estudo. No final da introdução, estabelecer a hipótese a ser avaliada.

Material e método

Apresentar com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações e possibilitar sua reprodução. Incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes, depois da primeira citação dos produtos, instrumentos, reagentes ou equipamentos.

Métodos já publicados devem ser referenciados, exceto se modificações tiverem sido feitas.

No final do capítulo, descrever os métodos estatísticos utilizados.

Resultado

Os resultados devem ser apresentados seguindo a sequência do Material e método, com tabelas, ilustrações, etc. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e de ilustrações possível.

Discussão

Discutir os resultados em relação à hipótese testada e à literatura (concordando ou discordando de outros estudos, explicando os resultados diferentes). Destacar os achados do estudo e não repetir dados ou informações citados na introdução ou nos resultados. Relatar as limitações do estudo e sugerir estudos futuros.

Conclusão

A(s) conclusão(ões) deve(m) ser coerentes com o(s) objetivo(s), extraídas do estudo, não repetindo simplesmente os resultados.

Agradecimentos

Agradecimentos às pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo e agências de fomento devem ser realizadas neste momento. Para o(s) auxílio(s) financeiro(s) deve(m) ser citado o(s) nome(s) da(s) organização(ões) de apoio de fomento e o(s) número(s) do(s) processo(s).

Ilustrações e tabelas

As ilustrações, tabelas e quadros são limitadas no máximo de 4 (quatro). As ilustrações (figuras, gráficos, desenhos, etc.), são consideradas no texto como figuras.

Devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto e indicadas ao longo do Texto do Manuscrito, logo após sua primeira citação com as respectivas legendas. As figuras devem estar em cores originais, digitalizadas em formato tif, gif ou jpg, com no mínimo 300dpi de resolução, 86 mm (tamanho da coluna) ou 180 mm (tamanho da página inteira).

As legendas correspondentes devem ser claras, e concisas. As tabelas e quadros devem ser organizadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto e indicadas ao longo do Texto do Manuscrito, logo após sua primeira citação com as respectivas legendas. A legenda deve ser colocada na parte superior. As notas de rodapé devem ser indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

Citação de autores no texto

Os autores devem ser citados no texto em ordem ascendente

A citação dos autores no texto pode ser feita de duas formas:

Numérica : as referências devem ser citadas de forma sobrescrita.

Exemplo: Radiograficamente, é comum observar o padrão de “escada”, caracterizado por uma radiolucidez entre os ápices dos dentes e a borda inferior da mandíbula.^{6,10,11,13}

Alfanumérica

- um autor: Ginnan⁴
- dois autores: separados por vírgula - Tunga, Bodrumlu¹³
- três autores ou mais de três autores: o primeiro autor seguido da expressão et al. - Shipper et al.²

Exemplo: As técnicas de obturação utilizadas nos estudos abordados não demonstraram ter tido influência sobre os resultados obtidos, segundo Shipper et al.² e Biggs et al.⁵ Shipper et al.², Tunga, Bodrumlu¹³ e Wedding et al.¹⁸, [...]

Referências

Todas as referências devem ser citadas no texto; devem também ser ordenadas e numeradas na mesma sequência em que aparecem no texto. Citar no máximo 25 referências.

As Referências devem seguir os requisitos da *National Library of Medicine* (disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>).

Os títulos dos periódicos devem ser referidos de forma abreviada, sem negrito, itálico ou grifo, de acordo com o *Journals Data Base* (PubMed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>), e, para os periódicos nacionais, verificar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Bireme (<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>).

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do artigo. Citar apenas as referências relevantes ao estudo.

Referências à comunicação pessoal, trabalhos em andamento, artigos *in press*, resumos, capítulos de livros, dissertações e teses não devem constar da listagem de referências. Quando

essenciais, essas citações devem ser registradas por asteriscos- no rodapé da página do texto em que são mencionadas.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Duane B. Conservative periodontal surgery for treatment of intrabony defects is associated with improvements in clinical parameters. *Evid Based Dent.* 2012;13(4):115-6.

Litonjua LA, Cabanilla LL, Abbott LJ. Plaque formation and marginal gingivitis associated with restorative materials. *Compend Contin Educ Dent.* 2012 Jan;33(1):E6-E10.

Sutej I, Peros K, Benutic A, Capak K, Basic K, Rosin-Grget K. Salivary calcium concentration and periodontal health of young adults in relation to tobacco smoking. *Oral Health Prev Dent.* 2012;10(4):397-403.

Tawil G, Akl FA, Dagher MF, Karam W, Abdallah Hajj Hussein I, Leone A, et al. Prevalence of IL-1beta+3954 and IL-1alpha-889 polymorphisms in the Lebanese population and its association with the severity of adult chronic periodontitis. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2012 Oct-Dec;26(4):597-606.

Goyal CR, Klukowska M, Grender JM, Cunningham P, Qaqish J. Evaluation of a new multi-directional power toothbrush versus a marketed sonic toothbrush on plaque and gingivitis efficacy. *Am J Dent.* 2012 Sep;25 Spec No A(A):21A-26A.

Caraivan O, Manolea H, Corlan Puşcu D, Fronie A, Bunget A, Mogoantă L. Microscopic aspects of pulpal changes in patients with chronic marginal periodontitis. *Rom J Morphol Embryol.* 2012;53(3 Suppl):725-9.

LIVROS

Domitti SS. Prótese total articulada com prótese parcial removível. São Paulo: Santos; 2001.

Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Prótese parcial removível : manual de aulas práticas disciplina I. São Paulo: Santos ; 2001.

Gold MR, Siegal JE, Russell LB, Weintein MC, editors. Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford: Oxford University Press; 1997.

PRINCÍPIOS ÉTICOS E REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

- Procedimentos experimentais em animais e em humanos

Estudo em Humanos: Todos os trabalhos que relatam experimentos com humanos, ou que utilizem partes do corpo ou órgãos humanos (como dentes, sangue, fragmentos de biópsia, saliva, etc.), devem seguir os princípios éticos estabelecidos e ter documento que comprove sua aprovação (protocolo e relatório final) por um Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos (registrado na CONEP) da Instituição do autor ou da Instituição em que os sujeitos da pesquisa foram recrutados, conforme Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Estudo em animais: Em pesquisas envolvendo experimentação animal, é necessário que o protocolo e seu relatório final tenham sido aprovados pelo Comitê de Pesquisa em Animais da Instituição do autor ou da Instituição em que os animais foram obtidos e realizado o experimento.

O Editor Científico e o Conselho Editorial se reservam o direito de recusar artigos que não demonstrem evidência clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao seu julgamento, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou de animais nos trabalhos submetidos a este periódico.

Ética na Pesquisa: a Revista de Odontologia da UNESP preza durante todo o processo de avaliação dos artigos pelo mais alto padrão ético. Todos os Autores, Editores e Revisores são encorajados a estudarem e seguirem as orientações do Committee on Publication Ethics - COPE

(<http://publicationethics.org>, http://publicationethics.org/files/International%20standards_authors_for%20website_11_Nov_2011.pdf,

http://publicationethics.org/files/International%20standard_editors_for%20website_11_Nov_2011.pdf) em todas as etapas do processo. Nos casos de suspeita de má conduta ética, está será analisada pelo Editor chefe que tomará providências para que seja esclarecido. Quando necessário a revista poderá publicar correções, retratações e esclarecimentos.

Casos omissos nestas normas são resolvidos pelo Editor Científico e pela Comissão Editorial.

ABREVIATURAS, SIGLAS E UNIDADES DE MEDIDA

Para unidades de medida, devem ser utilizadas as unidades legais do Sistema Internacional de Medidas.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Nomes de medicamentos e de materiais registrados, bem como produtos comerciais, devem aparecer entre parênteses, após a citação do material, e somente uma vez (na primeira).

Editor Chefe

Profa. Dra. Rosemary Adriana Chierici Marcantonio

E-mail: adriana@foar.unesp.br, dirstbd@foar.unesp.br, revodontolunesp@gmail.com, revodontolunesp@yahoo.com.br

MODELOS

CARTA DE SUBMISSÃO, RESPONSABILIDADE, TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Prezado Editor,

Encaminho(amos) o artigo intitulado _____ de autoria de _____ para

análise e publicação na Revista de Odontologia da UNESP.

Por meio deste documento, transfiro(imos), para a Revista de Odontologia da UNESP, os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão de sua exclusiva propriedade, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida, por escrito, junto à Comissão Editorial da Revista.

Certifico(amos) que o manuscrito é um trabalho de pesquisa original, e que seu conteúdo não está sendo considerado para publicação em outras revistas, seja no formato impresso ou eletrônico, reservando-se seus direitos autorais para a referida revista. A versão final do trabalho foi lida e aprovada por todos os autores. Certifico(amos) que participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha(nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Declaro(amos) que estou(amos) de acordo com o pagamento de taxa de publicação caso o artigo seja aceito para publicação na Revista de Odontologia da UNESP.

Datar e assinar

____/____/____ _____

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores do artigo intitulado
declaram não possuir conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico.

Datar e assinar

____/____/____ _____

Observações:

- Os coautores, juntamente com os autores principais, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado sobre sua publicação, se aceito pela REVISTA DE ODONTOLOGIA DA UNESP.

APÊNDICES

APÊNDICE A – AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO

Paciente: _____

Data: _____

1. O que levou você a se submeter ao procedimento cirúrgico?
 Melhoria da mastigação
 Estética
 Outros _____
2. Você sentiu dores musculares pós-operatórias?
 Sim
 Não
3. Você tinha dificuldade ao falar antes do procedimento cirúrgico?
 Sim
 Não
4. Você teve dificuldade ao falar após o procedimento cirúrgico?
 Sim
 Não
5. Você sentiu dificuldade para respirar após a Bielectomia?
 Sim
 Não
6. Você possuía dificuldades mastigatórias antes do procedimento cirúrgico?
 Sim
 Não
7. Você possuía dificuldades mastigatórias após o procedimento cirúrgico?
 Sim
 Não
8. Como você percebeu sua mastigação?
 Boa/normal
 Razoável
 Péssima
9. Você teve parestesia pós-operatória?
 Sim
 Não
10. Você teve paralisia pós-operatória?
 Sim
 Não

11. Quem o informou sobre a Bichectomia?

Cirurgião-Dentista

Graduando

Amigo que já fez a cirurgia

Outro _____

12. Qual sua satisfação quanto ao tratamento recebido?

Fui muito bem atendido

Fui bem atendido

Razoavelmente

Fui mal atendido

13. Você está satisfeito com o resultado do tratamento?

Muito satisfeito

Satisfeito

Relativamente satisfeito

Não estou satisfeito

14. Você indicaria a Bichectomia a outra pessoa?

Sim

Não

15. Qual a pior parte da cirurgia?

O pós-operatório

Dificuldade para falar

Dificuldade para alimentar-se

Edema e inchaço

Parestesia

Paralisia

Ansiedade pré-operatória

Outros _____

16. Você teve sua autoestima melhorada?

Sim

Não

17. Você teve dificuldade para se adaptar a mudança?

Não

Apenas de início

Demorou para se adaptar

18. Como você se sente após a cirurgia?

Melhor/ bonito

Muito melhor/ mais bonito

19. O que mudou (para melhor ou para pior) na tua vida após a cirurgia?

20. O que as pessoas próximas te falam sobre o resultado da cirurgia?

Fonte: Modificado de Batista et al. (2014), Costa et al. (2012) e Dias-Ribeiro et al. (2010).