



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Câmpus de Araçatuba

***DIEGO MASSAO SAKAGUCHI***

**Tratamento cirúrgico de comunicação buco-sinusal com a  
utilização do retalho palatino**

**Araçatuba – SP**

**2022**



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Câmpus de Araçatuba

**DIEGO MASSAO SAKAGUCHI**

**Tratamento cirúrgico de comunicação buco-sinusal com a  
utilização do retalho palatino**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup>. Assoc. Daniela Ponzoni

**Araçatuba – SP**

**2022**

## **Agradecimentos**

Ser dentista é um sonho que está prestes a se concretizar e tenho muito a agradecer as pessoas que foram extremamente importantes nessa trajetória.

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre esteve ao meu lado e me conduziu por todo esse caminho me proporcionando chegar até aqui.

Aos meus pais Noboru Sakaguchi e Eyko Tanaka que me apoiaram e sempre estiveram ao meu lado, as palavras não podem expressar o quão sou grato a vocês.

Aos meus irmãos, Marcelo Sakaguchi e Mônica Sakaguchi que foram meus companheiros, me mostraram por diversas vezes que eu não estava sozinho nessa longa jornada.

A minha avó Thie Sakaguchi e minha tia Liyouca Sakaguchi que sempre me apoiaram em tudo.

A minha namorada Ana Carollina Biazzi, por ser minha companheira todos esses anos.

Agradeço a minha Orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Ponzoni, por sempre se mostrar prestativa e disposta a me ajudar em tudo o que fosse preciso. Por todos os conhecimentos transmitidos ao longo destes anos.

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.Ana Paula Farnezi Bassi e a doutoranda – Me. Karen Rawen, que aceitaram fazer parte da banca examinadora do meu trabalho de conclusão de curso.

Aos professores da FOA – UNESP que foram muito positivos e fizeram a diferença na minha vida acadêmica.

A todos meus amigos de república Rodolfo Reis, Antônio Hajzok, Nicolas Zerbinatti, Raryel Ungaret, Matheus Sartori, Felipe Mello, Gabriel Thomé, Vitor Shimada.

Meus amigos Bruno Bernardi, Renato Torres, Paula Pierroti, Walter Curtie todos que já tive oportunidade de conhecer.

E a todos aqueles que, de alguma forma contribuíram para a elaboração e conclusão deste trabalho.

Sakaguchi, D.M. **Tratamento cirúrgico de comunicação buco-sinusal com utilização do retalho palatino**. 2022. 32p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

## **RESUMO**

Os ápices dos dentes superiores posteriores possuem proximidade com o seio maxilar, podendo ocasionar uma complicação durante sua extração, denominada comunicação buco-sinusal. O tratamento consiste no tamanho da comunicação e se há presença de infecção. Se a mesma for pequena, deve-se apenas dar instruções ao paciente que ajudem na manutenção do coágulo no alvéolo, em casos de comunicações maiores as bordas da ferida devem ser unidas por meio de sutura. O retalho palatino é utilizado para o fechamento de comunicações de grande porte, nas quais uma maior quantidade de tecido é requerida. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de fechamento de comunicação buco-sinusal por retalho palatino. Foram realizadas as analgesias das áreas de interesse, seguida por incisões subperiosteais, intrasulculares e paramedianas no palato com lâmina de bisturi nº15, formando um retalho palatino, este retalho foi rotacionado e posicionado sobre o orifício da comunicação buco-sinusal e suturado. Foram confeccionadas placas de resina acrílica para a proteção da área cirúrgica cruenta e para maior conforto dos pacientes. Pacientes apresentaram boa recuperação, concluindo-se que o tratamento para resolução da comunicação buco-sinusal por retalho palatino obteve sucesso.

**Palavras-chave:** Seio maxilar. Comunicação buco-sinusal. Retalho palatino.

## **ABSTRACT**

The apices of the posterior maxillary teeth are close to the maxillary sinus, which may cause a complication during their extraction, called oroantral communication. Treatment consists of the size of the communication and whether infection is present. If it is small, the patient should only be instructed to help maintain the clot in the alveolus, in cases of larger communications, the wound edges should be sutured together. The palatal flap is used to close large communications, in which a greater amount of tissue is required. The objective of this study is to report two cases of closure of oroantral communication using a palatal flap. Analgesia was performed in the areas of interest, followed by subperiosteal, intrasulcular and paramedian incisions on the palate with a n°15 scalpel blade, forming a palatal flap, this flap was rotated and positioned over the orifice of the oral-sinus communication and sutured. Acrylic resin plates were made to protect the bloody surgical area and for greater patient comfort. Patients showed good recovery, concluding that the treatment to resolve the oral-sinus communication by palatal flap was successful.

**Keywords:** Maxillary sinus. Oral and sinus communication, Palatine flap.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Alvéolo do elemento 15.	15
<b>Figura 2.</b>	Observa-se comunicação buco-sinusal.	15
<b>Figura 3.</b>	Radiografia panorâmica evidenciando a presença de comunicação buco-sinusal.	16
<b>Figura 4.</b>	Placa de resina acrílica.	17
<b>Figura 5.</b>	Placa de resina acrílica.	17
<b>Figura 6.</b>	Desenho da incisão.	17
<b>Figura 7.</b>	Deseptelização das bordas da comunicação.	18
<b>Figura 8.</b>	Divisão do retalho.	18
<b>Figura 9.</b>	Retalho com mobilidade.	19

<b>Figura 10.</b>	Retalho posicionado.	19
<b>Figura 11.</b>	Retelho suturado.	20
<b>Figura 12.</b>	Placa protetora da área cruenta.	20
<b>Figura 13.</b>	Processo de reparo e a presença de comunicação buco-sinusal na região dos elementos 25 e 26.	22
<b>Figura 14.</b>	Incisão e desepitelização.	23
<b>Figura 15.</b>	Retalho cobrindo a comunicação.	24
<b>Figura 16.</b>	Retalho posicionado e suturado.	24

## SUMÁRIO

1	Introdução	09
2	Relato de caso	14
2.1	Caso clínico 1	14
2.2	Caso clínico 2	21
3	Discussão	25
4	Conclusão	26
	Referências	27



## 1 INTRODUÇÃO

O seio maxilar é considerado uma estrutura anatômica bilateral da maxila, representada por uma cavidade cheia de ar, que se comunica com a fossa nasal através do óstio sinusal maxilar. Quando é radiografado, apresenta aspecto radiolúcido e o limite da cavidade possui uma fina camada de tecido ósseo denso que na radiografia se apresenta como uma linha radiopaca. (ROCHA, 2020).

Entre as funções do seio maxilar destacam-se, aquecimento e umidificação do ar inspirado, alívio do peso do complexo craniofacial e fornecimento de ressonância à voz. (ROCHA et al., 2020; FARIAS et al., 2015).

As comunicações buco-sinusais são de origem patológica e são localizadas na região da cavidade bucal e do seio maxilar, ocorrem principalmente após a exodontia de dentes superiores posteriores, pois tem íntima relação com o seio maxilar devido à proximidade das raízes. Também, há outros fatores etiológicos de menor ocorrência, tais como trauma devido mau uso de instrumentos, destruição do seio maxilar por lesões periapicais e ressecção de cistos ou tumores. (RALDI et al., 2006; SILVEIRA, 2008).

Relacionada às exodontias simples este tipo de complicação apresenta uma ocorrência de 0,31%, normalmente resultado de primeiros e terceiros molares. Já após a exodontias de terceiros molares com grau de inclusão dentária, que demandam complexidade da técnica cirúrgica, tem seu risco aumentado para 5,1%. (DEL REY et al., 2006).

Para que se possa determinar a comunicação buco sinusal, se faz indispensável a realização de exames clínicos e de imagem. Ao executar o diagnóstico clínico recomenda-se o uso da inspeção visual e manobra de Valsava. As radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas seguem sendo o diagnóstico por imagem de primeira escolha (PSILLAS, 2021; BITTENCOURT, 2017; MILANI; THOMÉ, 2014; SILVEIRA et al., 2008).

Pacientes diagnosticados por comunicação buco-sinusal, enfrentam diversos problemas, tais como a passagem de fluidos pela cavidade nasal, alterações no

paladar, dificuldade de mastigação, deglutição e fala, reduzindo assim a qualidade de vida (DOMINGUES et al., 2016).

O tratamento das comunicações buco-sinusais e suas complicações podem compreender diversas técnicas, o planejamento dependerá da análise de fatores como, se há indícios de processo infeccioso, a localização, tamanho do defeito, e a região doadora para que se possa chegar na técnica que seja a mais previsível e eficaz para cada caso (PSILLAS et al, 2021).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da comunicação buco-sinusal envolve procedimentos clínicos e radiográficos, sendo a manobra de Valsalva um passo imprescindível do exame físico (FERREIRA et al., 2011).

A execução da manobra de Valsalva é feita em paciente sob anestesia local ou local assistida com sedação. É realizada de forma que o cirurgião dentista pressione as asas nasais bilateralmente, obstruindo as narinas do paciente e solicitar a ele que expire o ar através do nariz, mantendo a boca aberta. Na presença da comunicação, o ar será expirado através do alvéolo, para o interior da cavidade bucal, provocando o borbulhamento do sangue, acumulado no próprio alvéolo dentário, com som característico (PURICELLI, 2014)

No que se refere aos exames radiográficos utilizados, pode-se citar as radiografias periapicais nas quais se observam a descontinuidade da linha radiopaca que delimita o assoalho do seio maxilar, entretanto, o uso das tomadas extra-orais, como a radiografia panorâmica e a projeção de Waters ou P.A (pósterio-anterior) de face, são as técnicas que permitem uma melhor visualização da cavidade bucal, do seio maxilar e do trajeto da comunicação buco-sinusal. Além disso, a tomografia computadorizada fornece dados como: tamanho da comunicação, características do osso e a natureza da lesão da mucosa sinusal (VALE et al., 2010; PARISE; TASSARA., 2016).

A tomografia fornece maior abundância de informações, pois não sofre magnificação, nem sobreposição, e, atualmente, é uma prática comum os procedimentos de intervenções planejadas com exames de tomografia

computadorizada devido ao seu custo cada vez mais acessível. (SILVEIRA et al., 2008).

## COMPLICAÇÕES

Uma das principais complicações das comunicações buco-sinusais é a sinusite maxilar aguda ou crônica, que se instala após a contaminação do seio maxilar pela flora bucal através de diversas patologias dentárias, tais como lesão periapical, cistos odontogênicos, doença periodontal, osteomielite, e dentes supranumerários. (BITTENCOURT et al., 2017; VALE et al., 2010).

Outra complicação com relação às comunicações buco-sinusais é o desenvolvimento de uma fístula que é descrita como uma comunicação epitelizada através da cavidade oral e o seio maxilar. Ela é estabelecida pela migração do epitélio bucal na comunicação, a qual acontece quando a perfuração permanece por pelo menos 48-72 horas. Após alguns dias, a fístula é mais organizada, impedindo o fechamento espontâneo da perfuração (BORGONOVO et al., 2012).

## TRATAMENTO

A escolha do tratamento está diretamente ligada a fatores como a localização, etiologia e extensão da abertura, por isso após o diagnóstico o cirurgião dentista deve analisar criteriosamente esses fatores (ANDRADE et al., 2012; SCARTEZINI; OLIVEIRA., 2016).

Antes do fechamento de uma comunicação buco-sinusal é indispensável a eliminação de qualquer infecção aguda ou crônica do seio. Isso pode exigir irrigação frequente da fístula e do seio maxilar, geralmente associada com o uso de antibióticos e descongestionantes nasais (TUCKER; SCHOW, 2009).

Os pacientes devem receber as devidas recomendações, tais como a orientação de dieta líquido-pastosa, espirrar com a boca aberta, evitar assoar o nariz, não fumar ou beber líquido através de canudos. Como protocolo farmacológico, pode-se seguir com o uso via oral de antibióticos e analgésicos, tais como amoxicilina 500mg ou clindamicina 300mg a cada 8 horas no período de 7 dias e dipirona sódica 500mg a cada 6 horas, em casos de dor e o uso de descongestionantes nasais tópicos

(SCARTEZINI; OLIVEIRA., 2016; MAGRO FILHO et al., 2010; FERREIRA et al., 2011).

Ainda não há consenso sobre as indicações das técnicas para o tratamento dessa complicação cirúrgica, dependendo do tamanho da comunicação será tomada uma conduta. Em comunicações de 1 a 2 milímetros pode ocorrer o fechamento espontâneo, enquanto em casos de maiores defeitos que não foram tratados possuem relação com o desenvolvimento de sinusite maxilar (50% dos pacientes após 48 horas – 90% dos pacientes após 2 semanas), por isso deveriam ser tratados (SCATARELLA et al., 2010).

Se a comunicação for de tamanho médio (2 a 6 mm), medidas adicionais deverão ser tomadas, como a realização de uma sutura em forma de oito figurado feita sobre o alvéolo dental para assegurar a permanência do coágulo de sangue na área, ou ainda, pode ser colocado alguma substância promotora de coágulo, tal como uma esponja gelatinosa (Gelfoam®), dentro do alvéolo antes da sutura. Se a abertura do seio for grande (7 mm ou mais larga), o cirurgião dentista deverá considerar o reparo da comunicação através de um retalho (HUPP, 2009).

Em pacientes que a fístula buco-sinusal já está instalada, é indispensável o tratamento do seio maxilar com a remoção do trajeto fistuloso e utilização de retalhos para o fechamento completo da fístula. (FERREIRA et al., 2008).

### Corpo adiposo bucal

A bola adiposa da bochecha pode ser utilizada no fechamento da comunicação buco-sinusal por não interferir com a profundidade do sulco vestibular. Devido à sua posição anatômica, possui características favoráveis para ser usada como enxerto pediculado na reconstrução de defeitos intrabucais, especificamente na região posterior da maxila. (JUNIOR et al., 2008).

Suas principais vantagens incluem um grande suprimento sanguíneo das artérias maxilar, temporal e facial que minimizam a ocorrência necrose, sem restrição quanto à idade, manutenção da profundidade do sulco vestibular, sendo considerado um procedimento simples, com boa aplicabilidade e alto índice de sucesso. (ALLAIS

et al., 2008; NEVES et al., 2009; DUARTE et al., 2015; SCARTEZINI; OLIVEIRA., 2016; DA MOTA, 2016).

Como desvantagens dessa técnica se destacam o fato do corpo adiposo ser utilizado em somente uma cirurgia, possível ocorrência de trismo pós-operatório, limitação do uso em caso de aberturas pequenas e médias, e mesmo em caso de sucesso no recobrimento do defeito há possibilidade de depressão da bochecha e discretas alterações na fala (Ferreira et al. 2011).

### Retalho Vestibular

Atualmente o uso de retalhos bucais vestibulares é o tratamento cirúrgico mais utilizado para fechamento de comunicações buco-sinais, devido a previsibilidade de realização da técnica, a pouca morbidade e a possibilidade de ser feita sob anestesia local (PETERSON et al., 2000).

Seu uso é preferível para fechamento de comunicações buco-sinais imediatas ou menores de 5 milímetros. Uma de suas desvantagens é que a técnica leva a um estreitamento do sulco vestibular, sendo assim o cirurgião dentista deve se atentar com pacientes desdentados (YALCIN et al., 2011).

O retalho vestibular provavelmente é o mais simples e comum dos procedimentos utilizados, no entanto, essa técnica pode levar à perda de profundidade do sulco vestibular, diminuição da gengiva inserida causando limitação nos movimentos da região e ainda interferir em alguns casos a adaptação protética. (Raldi et al. 2006; Neves et al. 2009).

### Retalho palatino

O retalho palatino é o tratamento recomendado para o reparo tardio da comunicação buco-sinusal, quando a comunicação provoca uma fístula e em casos de insucesso da técnica do retalho vestibular. Suas vantagens incluem uma boa vascularização devido à presença da artéria palatina maior, ótima espessura e volume, e de fácil acesso (CANKAYA et al., 2012; ANAVÍ et al., 2008).

Como limitações presentes nessa técnica, está a dificuldade para posicionamento e imobilização do retalho palatino como a possibilidade de necrose

tecidual, hemorragia acidental da artéria palatina e o desconforto gerado devido a área doadora cruenta (ARAÚJO et al., 2007; KAPUSTECKI et al., 2016).

O processo de cicatrização dessa técnica ocorre por segunda intenção, por isso o cirurgião dentista deve fazer um acompanhamento criterioso no pós-operatório devido a presença de uma região cruenta na área doadora que pode ser alvo de bactérias (COSTA et al., 2018).

## **2 Relato de caso:**

Serão relatados dois casos de fechamento de comunicação buco-sinusal por retalho palatino.

### **2.1 Caso clínico 1**

Paciente M.C.T., 43 anos de idade, gênero feminino, compareceu ao serviço de cirurgia na Faculdade de Odontologia, UNESP Araçatuba, relatando como queixa principal, “gosto amargo na boca”.

Na anamnese, paciente informou que há quinze dias foi submetida à exodontia do elemento dental 15 que estava mal posicionado (palatinizado) e cariado. Paciente sem alterações de ordem sistêmicas, negou sangramento local, e negou alergias.

No exame clínico intrabucal foi observado o alvéolo do elemento 15 na região palatina em processo de reparo e a presença de comunicação buco-sinusal na região apical (Figuras 1 e 2). Foi executada a manobra de Valsalva, resultando positivamente para comunicação buco-sinusal. Paciente não apresentava sinais e sintomas de sinusite maxilar.

**FIGURA 1- Alvéolo do elemento 15.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

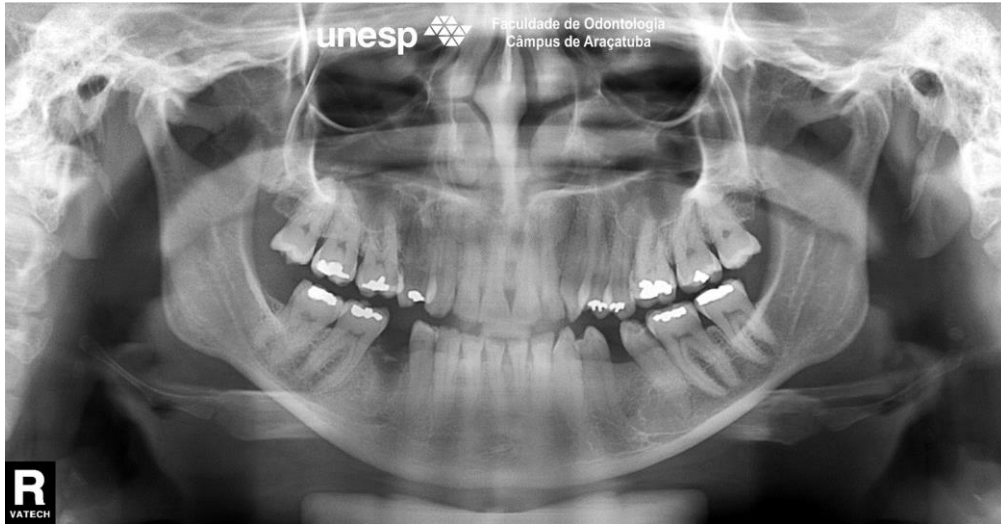
**Figura 2- Observa-se comunicação buco-sinusal.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

Foi solicitada radiografia panorâmica (Figura 3) para confirmação da comunicação e verificar se houve total remoção da raiz dental.

**FIGURA 3- Radiografia panorâmica evidenciando a presença de comunicação buco-sinusal.**

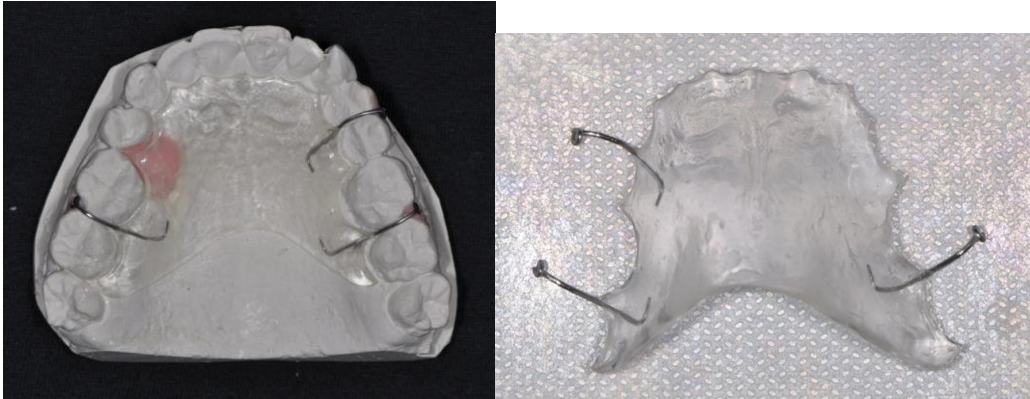


**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

O plano de tratamento proposto à paciente foi o fechamento da comunicação buco-sinusal, por meio da técnica de retalho palatino rodado. A paciente concordou com o tratamento proposto e recebeu as orientações pré-operatórias.

No pré-operatório foi realizada uma moldagem para a confecção de uma placa de resina acrílica (Figuras 4 e 5), a fim de proteger a área cirúrgica cruenta. Também foi realizada antibioticoterapia com um fármaco de amplo espectro amoxicilina 500mg.



**Figuras 4 e 5- Placa de resina acrílica.**

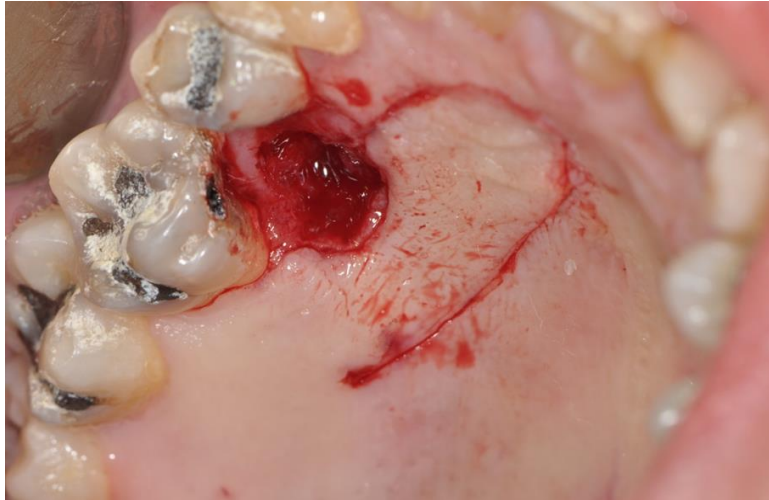
**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

O ato cirúrgico foi realizado sob anestesia local por bloqueio do nervo alveolar superior anterior, palatino maior e nasopalatino, com mepivacaína 2% com adrenalina 1:100 000. Primeiramente foi realizado o desenho da incisão na fibromucosa adjacente em formato de raquete palatina (Figura 6) e a desepitelização das bordas da comunicação (Figura 7).

**Figura 6- Desenho da incisão.**

**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

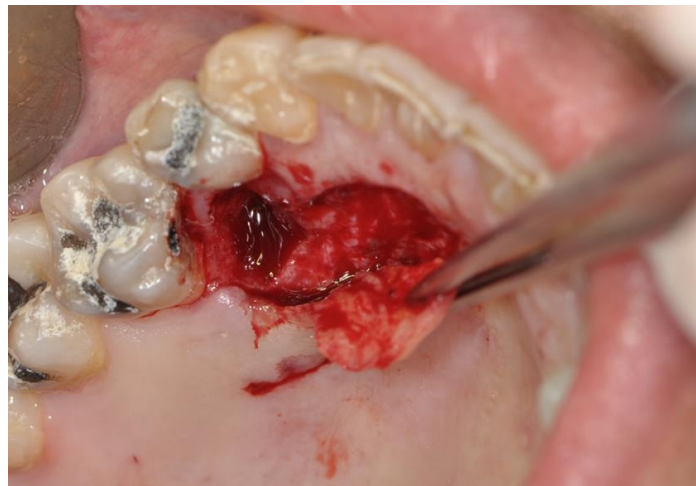
**Figura 7- Desepitelização das bordas da comunicação.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

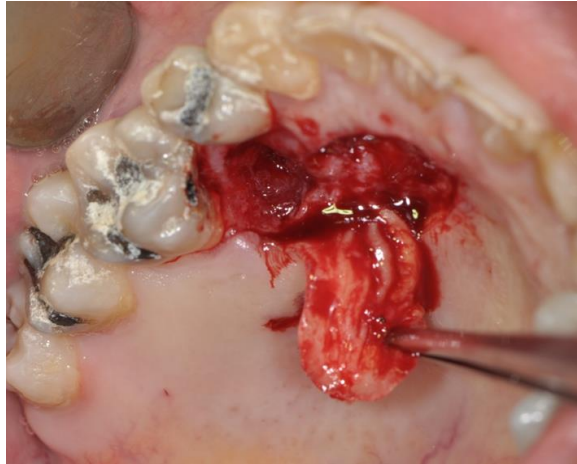
O retalho palatino foi dividido com lâmina de bisturi número 15C até o ponto de obter mobilidade e deslizamento do retalho para fechar a comunicação (Figuras 8 e 9).

**Figura 8-Divisão do retalho.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

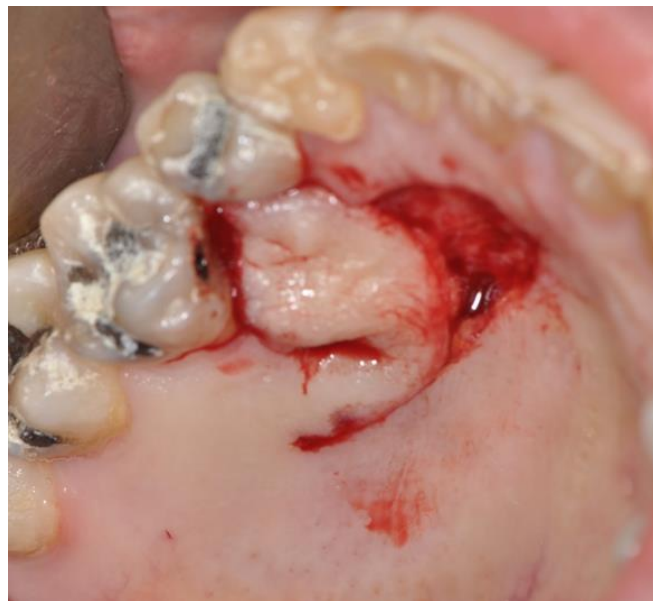
**Figura 9- Retalho com mobilidade.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

Por fim, o retalho foi reposicionado (Figura 10) e suturado a pontos interrompidos com fio de nylon 5.0 e fio de seda 4.0 (Figura 11), finalizando o procedimento cirúrgico.

**Figura 10- Retalho posicionado.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

**Figura 11- Retalho suturado.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

Foi instalada a placa protetora de resina acrílica para proteção da área cruenta e melhor conforto no pós-operatório do paciente (Figura 12).

**Figura 12- Placa protetora da área cruenta.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA)..

Para o pós-operatório foi prescrito o protocolo com antibioticoterapia Amoxicilina 500mg (de 8 em 8 horas durante 7 dias), controle da dor com analgésico dipirona sódica 500mg (6 em 6 horas, durante 3 dias, em caso de dor) antissepsia da

cavidade oral com clorexidina 0,12%, anti-inflamatório ibuprofeno 600mg (de 8 em 8 horas, durante 3 dias), e orientações pós operatórias, onde a paciente foi orientada a não assoar o nariz, não utilizar canudo, espirrar de boca aberta entre outras recomendações cirúrgicas de rotina. Sendo que todas as orientações deveriam ser respeitadas até a próxima avaliação.

O pós-operatório transcorreu sem complicações. A sutura de seda foi removida em 7 dias e a sutura de nylon em 15 dias, quando observou-se o fechamento completo da comunicação buco-sinusal.

## **2.2 Caso clínico 2**

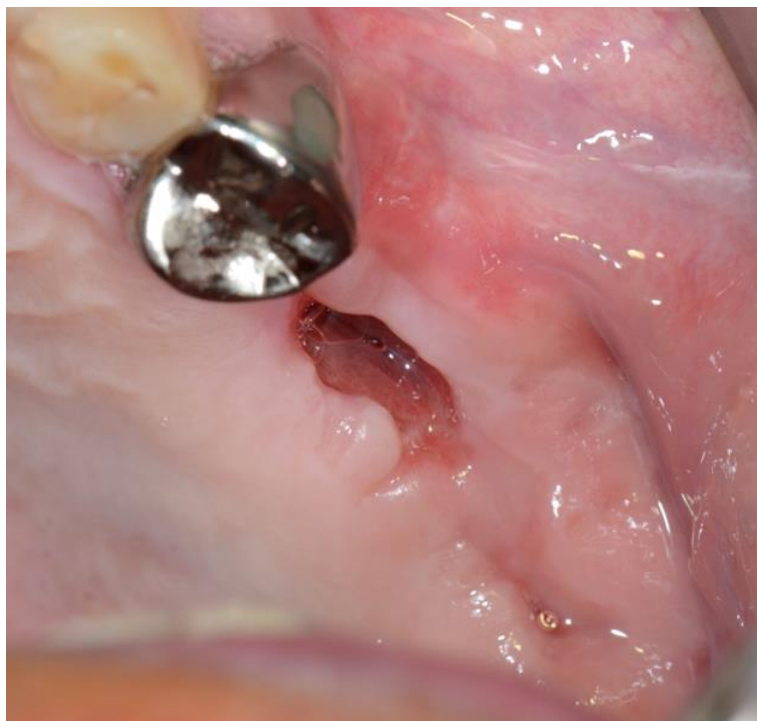
Paciente A.C.B, 60 anos, gênero feminino, compareceu ao serviço de cirurgia na Faculdade de Odontologia, UNESP Araçatuba, relatando como queixa principal, “passagem de líquidos pelo nariz”.

Na anamnese, paciente relatou que há vinte dias foi submetido à exodontia dos elementos 25 e 26. Paciente sem alterações de ordem sistêmica e alergias.

No exame clínico intrabucal foi observado o processo de reparo e a presença de comunicação buco-sinusal na região dos elementos 25 e 26 (Figura 13). Foi executada a manobra de Valsava, resultando positivamente para comunicação buco-sinusal, sem sangramento ativo ou qualquer tipo de anormalidade. Paciente não relatou nenhum sinal e sintoma da sinusite maxilar.



**Figura 13- processo de reparo e a presença de comunicação buco-sinusal na região dos elementos 25 e 26.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

O plano de tratamento proposto ao paciente foi o fechamento da comunicação buco-sinusal, por meio da técnica de retalho palatino rodado. Essa técnica foi escolhida porque a paciente iria passar por um processo de reabilitação oral com a instalação de uma prótese parcial removível. A paciente concordou com o tratamento proposto e recebeu as orientações pré-operatórias.

No pré-operatório foi prescrito antibiótico de amplo espectro, amoxicilina 1g, 1 hora antes do procedimento.

A cirurgia ocorreu sob anestesia terminal infiltrativa na região vestibular e por bloqueio regional dos nervos nasopalatino e palatino maior, com mepivacaína 2% com adrenalina 1:100 000.

Com a lâmina de bisturi número 15 realizou-se o desenho da incisão e a desepitelização das bordas da comunicação (Figura 14). O retalho foi dividido até à obtenção de um retalho flexível suficiente para o recobrimento da comunicação, mantendo o periósteo aderido ao palato (Figura 15).

**Figura 14- Incisão e desepitelização.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA)

**Figura 15-Retalho recobrindo comunicação.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

O retalho foi reposicionado e suturado a pontos interrompidos com fio vicryl 4.0 e fio de seda 4.0, finalizando o procedimento cirúrgico (Figura 16).

**Figura 16- Retalho reposicionado e suturado.**



**Fonte:** Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).



No pós-operatório foi seguido o protocolo com antibioticoterapia Amoxicilina 500mg (de 8 em 8 horas durante 7 dias), controle da dor com analgésico dipirona sódica 500mg (6 em 6 horas, durante 3 dias, em caso de dor) antissepsia da cavidade oral com clorexidina 0,12%, anti-inflamatório ibuprofeno 600mg (de 8 em 8 horas, durante 3 dias), e orientações pós-operatórias, onde a paciente foi orientada a não assoar o nariz, não utilizar canudo, espirrar de boca aberta entre outras recomendações cirúrgicas de rotina. Sendo que todas as orientações deveriam ser respeitadas até a próxima avaliação.

O pós-operatório ocorreu sem complicações, após 15 dias observou-se o fechamento da comunicação buco-sinusal e as suturas foram removidas.

### **3 Discussão:**

A comunicação buco-sinusal é uma intercorrência operatória causada principalmente pela proximidade anatômica ou projeção das raízes em relação ao seio maxilar, é caracterizada pela existência de uma comunicação entre a cavidade oral e o seio maxilar, ocasionada pela perda dos tecidos moles e duros que separam ambos os compartimentos. Esse acidente ocorre mais comumente durante a extração de dentes molares superiores e pré-molares (Hassan et al., 2012).

Vários fatores contribuem para escolha do tratamento dos casos de comunicação buco-sinusais tais como o tamanho e posição da comunicação, o tempo de diagnóstico, a presença de infecção, a quantidade e qualidade dos tecidos disponíveis, a possibilidade de realização de tratamentos reabilitadores e a experiência do profissional (Amorim et al. 2020).

A utilização da técnica do retalho palatino, é justificada por ser viável em região de pré-molar e, ainda, uma boa indicação quando há necessidade de reabilitação protética do paciente, pois o reposicionamento dos tecidos não interfere na adaptação da prótese (Parvini et al., 2018). No caso 2 relatado esse foi o principal fator considerado para a escolha da técnica cirúrgica, porque a paciente iria passar por reabilitação oral com prótese parcial removível, sendo assim se fosse escolhida outra técnica como por exemplo a do retalho vestibular, iria interferir na reabilitação uma vez que ocorreria perda da profundidade do sulco vestibular.

No caso clínico 1 a melhor opção também foi a rotação do retalho palatino devido a paciente ser dentada, impossibilitando por exemplo a técnica do retalho vestibular.

As vantagens do retalho palatino incluem alta vascularidade, espessura adequada e qualidade do tecido. As desvantagens incluem a necrose do retalho que pode ocorrer devido à excessiva rotação (Khandelwal & Hajira, 2017). Para minimizar as desvantagens opta-se por manter o periosteio aderido ao osso na região cruenta, visto que a manutenção do periosteio deve ser considerada para a obtenção de melhores efeitos terapêuticos, e conseqüentemente oferecer maior conforto pós-operatório ao paciente (Lin et al. 2014). Nos casos relatados o periosteio foi mantido.

#### **4 Conclusão:**

O cirurgião dentista pode evitar a comunicação buco sinusal, realizando um bom planejamento cirúrgico, com avaliação criteriosa do exame clínico e exame radiográfico.

Porém, quando ocorre a conduta deve ser feita de maneira individualizada e criteriosa para cada paciente. A técnica cirúrgica adotada nos casos relatados, demonstraram que a rotação de retalho palatino para correção da comunicação buco-sinusal é um método seguro e capaz de promover resultados satisfatórios.

## REFERÊNCIAS

ALLAIS, M.; MAURETTE, P. E.; CORTEZ, A. L. V.; LAUREANO FILHO, J. R.; MAZZONETTO, R. Retalho de corpo adiposo bucal no fechamento de comunicação buco-sinusal. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*, v.74, n. 5, p. 799, 2008.

ANAVI, Y. et al. Palatal rotation-advancement flap for delayed repair of oroantral fistula: A retrospective evaluation of 63 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. v. 96, n. 5, p. 527-534, 2003.

ANDRADE, V. C.; RODRIGUES, R.M.; BACCHI, A.; COSER, R.C.; BOURGUIGNON FILHO, A.M. Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares – revisão de literatura. *Saber científico odontológico*, v. 2, n. 1, p. 27- 44, 2012.

ARAÚJO, A.; GABRIELLI, M.F.R.; MEDEIROS, P.J. Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. São Paulo: Santos, 2007. xvi, 322 p.

BITTENCOURT, K. P. Comunicação buco sinusal diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. Aracajú, 2017.

BORGONOVO, A.E.; BERARDINELLI, F.V.; FAVALE, M.; MAIORANA, C. Surgical options in oroantral fistula treatment. *The open dentistry Journal*, v. 6, p. 94-98. 2012.

CANKAYA, A. B. et al. Reliability of two surgical methods for oroantral communication closure; a clinical study of 20 patients. *Otolaryngology*. v. 2, n. 2, p. 113-116, 2012.

COSTA, M. R. et al. Comparação dos métodos cirúrgicos de tratamento para o fechamento da comunicação buco sinusal: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. v. 24, n. 2, p. 154-158, 2018.

DA MOTA, I. C. L. D. Tratamento cirúrgico simultâneo da comunicação oroantral e da sinusite maxilar odontogénica-revisão bibliográfica. Dissertação de investigação do programa de mestrado integrado em medicina dentária apresentado à faculdade de medicina dentária da universidade do Porto, p. 1-32. Porto – Portugal, 2016.

Del Rey-Santamaría, M.; Valmaseda Castellón, E.; Berini Aytés, L.; Gay Escoda, C. Incidence of oral sinus communication in 389 upper thirdmolar extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11(4): 334-8.

DOMINGUES, J. M.; CORRÊA, G.; FERNANDES FILHO, R. B.; HOSNI, E. S. Palatal obturator prosthesis: case series. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol*, v.64, n.4, p. 477-483, 2016.

DUARTE, L. F. M.; ALONSO, K.; BASSO, E.C.; DIB, L. L. Surgical Treatment of Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws with the Use of Buccal Fat Pad: Case Report. *Braz. Dent. J*, v. 26, n. 3, p. 317-320, 2015.

Dym, H. & Wolf, JC. (2012). Oroantral communication. *Oral Maxillofac Surg Clin NorthAm*.v. 24, p. 239-247.

FARIAS, J. G. D., CÂNCIO, A. V., & BARROS, L. F. (2015). Fechamento de fístula bucosinusal utilizando o corpo adiposo bucal- Técnica convencional x técnica do túnel Relato de casos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, 15(3), 25-30.

FERREIRA, G.Z.; AITA, T.G.; CERQUEIRA, G.F.; DANIEL, A.N.; FILHO, L.I.; FARAH, G.J. Tratamento da fístula bucosinusal pela técnica do retalho pediculado

do corpo adiposo bucal: relato de caso. Arq. Odontol., Belo Horizonte, v. 47, n. 3, p. 162-169, jul./set. 2011.

FERREIRA, M.L.S.; MOURA, J.F.L.; BISINELLI, J.C.; OLIVARES, A.I.O.; DOS SANTOS JÚNIOR, F.F.; HAYD, R.L.N. Comunicação buco-sinusal e sinusite maxilar aguda: revisão de literatura. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 74, n. 1 Jan./Fev. 2008.

FREITAS, T. M. C.; FARIAS, J. G.; MENDONÇA, R. G.; ALVES, M. F.; RAMOS JR, R. P.; CÂNCIO, A. P. Oroantral fistulas: diagnosis and management purposes. Rev. Bras. Otorrinolaringol, v. 69, n. 6, p. 838-844, 2003.

Hassan, O., Shoukry, T., Raouf, A.A. & Wahba, H. (2012). Combined palatal and buccal flaps in oroantral fistula repair. Egypt Journal of Ear, v. 13, p. 77 – 81.

HUPP, James R.; TUCKER, Myron R.; ELLIS III, Edward. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea, 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. xiv, 704 p.

JUNIOR, J.C.M.; KEIM, F.S.; KREIBICH, M.S. Fechamento de Comunicação Buc-antral com a bola adiposa de Bichat – Relato de Caso. Arq. Int. Otorrinolaringol. São Paulo, v.12, n.3, p.450- 453. 2008.

Kapustecki M, Niedzielska I, Borgiel-Marek H, Rózanowski B. Alternative method to treat oroantral communication and fistula with autogenous bone graft and plateletrich fibrin. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2016; 21(5):608-13.

Khandelwal, P., & Hajira, N. (2017). Management of oro-antral Communication and Fistula:Various Surgical Options. World J Plast Surg, v. 6, p. 3-8.

Lin, Z., Fateh, A., Salem, D. M., & Intini, G. (2014). Periosteum: biology and applications in craniofacial bone regeneration. *Journal of dental research*, 93(2), 109–116.

MAGRO FILHO, O.; GARBIN JR, E., P. D., FELIPETTI, F. A. Fechamento de Fístula Bucosinusal Usando Tecido Adiposo Bucal. *Rev. Odontol. Bras. Central*, v. 19, n. 50, p. 725-729, 2010.

MILANI, C. M., de ANDRADE SOUZA, K S., & Thomé, C. A. (2014). Tratamento cirúrgico de fístula bucossinusal de grande extensão: Relato de caso. *Odonto*, 22(43-44), 93-100.

NEVES, E. N.; GUIMARÃES, R. E. S.; BARTELS, V. P.; FERREIRA, A. C.; PEDROSO, S. L. Fechamento de fístula oro-antral com gordura de Bichat. *Rev. Bras. Cir. Craniomaxilofac.* v. 12, n. 3, p. 125-128, 2009.

PARISE, G. K.; TASSARA, L. F. R. Tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: uma revisão da literatura. *PERSPECTIVA*, Erechim. v. 40, n. 149, p. 153-162, 2016.

Parvini, P., Obreja K., Sader, R., Becker, J., Schwarz, F. & Salti, L. (2018). Surgical options in oroantral fistula management: a narrative review. *Int J Implant Dent.* v. 4, p. 40.

PETERSON, J. L. et al. *Cirurgia Oral e Maxilo facial Contemporânea*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 470-7, 2000.

PSILLAS G, PAPAIOANNOU D, PETSALI S, DIMAS GG, CONTANTINIDIS J. Odontogenic maxillary sinusitis: Uma revisão abrangente. *J Dent Sci*. 2021;16(1):474-481.

PURICELLI, E. Técnica anestésica, exodontia e cirurgia dentoalveolar. Série Abeno. 1 ed. Artes Médicas, 2014.

RALDI, F. V.; SÁ-LIMA, J. R.; DE MORAES, M. B.; ZANOTTI, G. G. Fechamento de comunicações buco-sinusais. Utilização de enxerto pediculado do corpo adiposo bucal. RGO, v. 54, n. 2, p. 178-181, 2006.

ROCHA, C B S.; CAVALCANTE, M B.; UCHOA, CP.; OLIVEIRO & SILVA,;; EMANUEL, D,; MARCIELLE, P. Bichat ball for the treatment of buco-sinusal fistula: case report Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac ; 20(1): 34-38, jan.-mar. 2020. Ilus

SCARTEZINI, G. R.; OLIVEIRA, C. F. P. Fechamento de comunicação buco-sinusal extensa com bola de bichat: Relato de caso. Rev. Odontol. Bras. Central 2016;25(74).

SCATARELLA, A.; BALLINI, A.; GRASSI, F.R.; CARBONARA, A.; CICOLELLA, F. DITURI, A.; NARDI, G.M.; CANTORE, S.; PETTINI, F. Treatment of oroantral fistula with autologous bone graft and application of a non-reabsorbable membrane. Int. J. Med. Sci., v. 7, n. 5, p. 267-271. 2010.

SILVEIRA, L. R.; SANTOS, M. E. S. M.; TAKAHASHI, A.; Bourguignon Filho, A. M.; HEITZ, C. Tratamento de fístula bucosinusal através de retalho palatino. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.8, n.1, p. 29 - 34, jan./mar. 2008.

SILVEIRA, V. M.; NETTO, B. A.; CÔSSO, M. G.; FONSECA, L. C. A utilização da tomografia computadorizada na avaliação da comunicação bucosinusal. Arq. Bras. Odontol. 2008; 4(1):24-27.

TUCKER, Myron R.; ELLIS III, Edward. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. xiv, 704 p.

VALE, D. S.; ARAUJO, M. M.; CAVALIERI, I.; SANTOS, M. B. O.; CANELLAS, J. V. S. Sinusite Maxilar de origem Odontogénica: Relato de Caso. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, v. 51, n. 2, 2010.

VERAS FILHO, R.O.; GIOVANELLA, F.; KARSBURG, R.M.; TORRIANI, M.A. Fechamento de comunicação buco-sinusal utilizando enxerto pediculado de corpo adiposo da bochecha. Rev. Odontociênc, v. 25, n. 1, p. 100-103. 2010.

YALCIN, S.; ONCU, B.; EMES, Y.; ATALAY, B.; AKTAS, I. Surgical treatment of oroantral fistulas: a clinical study of 23 cases. J. Oral Maxillofac Surg., v. 69, n. 2, p. 333-339. 2011.