



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Araçatuba

DIONATAN DE OLIVEIRA

**Abordagem cirúrgica e terapêutica da comunicação buco-
sinusal pela técnica da rotação do corpo adiposo da
bochecha: relato de caso**

Araçatuba
2022

DIONATAN DE OLIVEIRA

Abordagem cirúrgica e terapêutica da comunicação buco-sinusal pela técnica da rotação do corpo adiposo da bochecha: relato de caso

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 Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof.^a Assistente Dr.^a Daniela Ponzoni

**Araçatuba
2022**

Dedico este trabalho à Maria

José Balbino, minha mãe, que apesar das dificuldades,
sempre me apoiou e acreditou nos meus sonhos. Você
sempre será meu exemplo de força e persistência.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, na pessoa do diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba Prof. Dr. Glauco Issamu Miyahara e ao vice-diretor Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem.

A todos os professores que me acompanharam nessa jornada, transmitiram seus conhecimentos e possibilitaram que eu chegasse até aqui.

À minha orientadora, Daniela Ponzoni, pela disponibilidade e pela forma atenciosa que me tratou desde o momento que a convidei para a realização deste trabalho. Obrigado por sua orientação, paciência e sabedoria, sem isso nada seria possível.

Aos meus pais, Maria José Balbino e Valdir José de Oliveira, e à minha irmã, Natieli Caroline, aos quais devo toda a minha dedicação e persistência para possibilitar um futuro melhor para nossa família.

Aos irmãos que ganhei na moradia estudantil, onde passei a maior parte do meu tempo. Na nossa casa, a casa 23, aprendi muito sobre a vida, compartilhei meus sentimentos, minhas alegrias, minhas conquistas e incertezas. Agradeço pelo apoio, carinho e pela amizade que sempre estará guardada em minhas memórias. Marcos Gomes, Diego Cantão, Igor Antonelli, Rafael Perez, Rafael Lima, João Vitor e Caio Secate. Obrigado por fazerem parte desta história comigo. O sucesso de vocês, também será o meu. Sentirei saudades.

Às minhas amigas, Arieli Vazão, Thais Nunes e Larissa Oliveira que ganhei durante a faculdade. Desde as aulas, até fora da faculdade se tornaram pessoas essenciais para que eu pudesse chegar onde cheguei. Compartilhamos a ansiedade dos primeiros procedimentos, as angustias nas vésperas de provas e todas as experiências que a graduação nos proporcionou.

Aos meus amigos de Clementina, minha cidade natal: Jéssica Pardini, Diego Rodrigues, Danubia Viana, Lucas Mazziero, Eduardo Garbin, Thais Zaneti, Daiani Pereira e Igor Palmieri. Pessoas que me motivaram durante o período pré-vestibular e foram importantes para que eu tomasse as decisões que me trouxeram até o curso de Odontologia.

Às pessoas especiais que conheci em Araçatuba: Gustavo Colli, João Willer e Gabriel de Paula. Agradeço pelo companheirismo, carinho e por ter tornado o convívio nesta cidade mais leve e agradável.

À mestrandia Izabella Sol, pela contribuição do relato de caso e por sua gentileza e disponibilidade em tirar minhas dúvidas, agradeço também ao professor Idelmo Rangel Garcia Junior por ter contribuído na execução cirúrgica deste trabalho.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós,
não nos deixam sós. Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós.”

O pequeno príncipe

OLIVEIRA, D. **Abordagem cirúrgica e terapêutica da comunicação buco-sinusal pela técnica da rotação do corpo adiposo da bochecha: relato de caso.** 2022. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, 2022.

RESUMO

As complicações dentárias fazem parte do cotidiano clínico do cirurgião-dentista e, dessa maneira, é importante que o profissional seja capaz de reconhecê-las e tratá-las adequadamente. Pelo fato das exodontias serem procedimentos frequentes nos consultórios odontológicos, o estudo detalhado sobre a comunicação buco-sinusal, torna-se importante. Neste trabalho, é abordado uma discussão da literatura em torno dos tratamentos disponíveis para o fechamento das comunicações buco-sinusais, além do relato de um caso clínico, no qual a paciente evoluiu para um quadro de sinusite maxilar. Após diagnosticada a comunicação, a paciente foi submetida à rotação de retalho vestibular e, em seguida, pela rotação de retalho palatino, mas devido à pandemia COVID 19, não retornou para acompanhamento. Após um tempo, retornou para as consultas e optou-se pela realização da rotação do corpo adiposo da bochecha.

Palavras-chave: Comunicação buco-sinusal. Sinusite maxilar. Corpo adiposo da bochecha.

OLIVEIRA, D. **Surgical and therapeutic approach to oroantral communication using the cheek fat pad rotation technique: a case report.** 2022. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araçatuba, 2022.

ABSTRACT

Dental complications are part of the clinical routine of the dental surgeon and, therefore, it is important that the professional is able to recognize and treat them properly. Because extractions are frequent procedures in dental offices, the in-depth study of oral communication becomes important. In this work, a discussion of the literature about the treatments available for the closure of oroantral communications is addressed, in addition to the report of a clinical case, in which the patient developed maxillary sinusitis. After diagnosis of communication, the patient underwent vestibular flap rotation and then palatal flap rotation, but due to the COVID 19 pandemic, she did not return for follow-up. After a while, she returned for the consultations and it was decided to perform the rotation of the adipose body of the cheek.

Keywords: Oral and sinus communication. Maxillary sinusitis. Travel fat body.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Exame clínico inicial, após 2 anos da cirurgia para fechamento	19
Figura 2 Radiografia panorâmica inicial	19
Figura 3 - A) Após incisão e descolamento mucoperiosteal, foi localizado o defeito ósseo. Após fistulectomia e limpeza de tecido hiperplásico intrasinusal, realizado fechamento primário (B)	20
Figura 4 - A) pós-operatório de 7 e (B) 14 dias	21
Figura 5 - A) Incisão Newman modificada. B) Exposição comunicação e limpeza intranasal. C) desepitelização palato. D) tracionamento da bola de Bichat sem rompimento da sua cápsula. E) Sutura da bola gordurosa sobre o defeito. F) Fechamento final	22
Figura 6 - Pós-operatório de 14 dias	22
Figura 7 - pós-operatório de 90 dias	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DA LITERATURA	14
4.1 Tratamento das Comunicações Buco-Sinusais	14
4.1.1 Tratamento Medicamentoso	14
4.1.2 Tratamento Cirúrgico	15
5 RELATO DE CASO	18
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

Considerado como o maior dos seios paranasais, o seio maxilar é uma cavidade pneumática escavada no corpo da maxila por onde transita nervos, nos quais as infecções dentárias podem afetá-los pelo acúmulo de produtos inflamatórios e, dessa maneira, provocar dor. Apesar do seio maxilar possuir assoalho com osso cortical espesso que atua como uma barreira contra infecções, conforme a idade avança, observa-se o afinamento do osso alveolar da maxila podendo expor o revestimento membranoso do seio maxilar.^{1,2}

Histologicamente, o seio maxilar é revestido por um epitélio pseudo-estratificado colunar ciliado, constituindo junto com a lâmina própria, a mucosa. Esta é ligada ao mucoperiosteo subjacente conhecido como membrana Schneideriana. Além de revestir todo o seio, a mucosa tem o papel de defesa e de depuração do ar pelo sistema mucociliar. Contudo, devido à proximidade das raízes dos dentes superiores posteriores ao assoalho do seio maxilar, as complicações relacionadas aos procedimentos exodontia são frequentes.³

A comunicação buco-sinusal é um acesso direto incomum e patológico que liga a cavidade oral ao seio maxilar, tem ligeira predileção pelo sexo masculino e pode evoluir para uma fistula oroantral ou uma sinusite maxilar (aguda ou crônica). Normalmente é uma complicação originada pela exodontia de pré-molares e molares, sendo que cerca de 45% dos casos de comunicação buco-sinusal são originadas da extração de segundos molares superiores e 30% de terceiros molares superiores, além de 4,2% corresponderem a perfuração do assoalho do seio pelas raízes dos primeiros e segundos molares.⁴

Aproximadamente 30% das sinusites maxilares unilaterais possuem etiologia dentária, sendo a comunicação buco-sinusal após cirurgia de extração dentária a causa mais comum. Além disso, a intrusão de raízes dentro do seio durante a extração de dentes superiores também pode ocasionar em uma infecção maxilar. Atuando como uma porta de entrada para bactérias, as comunicações buco-sinusais tem sua cicatrização prejudicada e o manejo clínico dessa condição exige do cirurgião-dentista, conhecimento, experiência e coleta de informações.^{2,5}

O diagnóstico das comunicações buco-sinusais é feito por métodos clínicos e radiográficos, sendo a irrigação e a boa iluminação procedimentos clínicos

importantes para o diagnóstico inicial. Além de dor na face e cefaleia (quando de sinusite maxilar aguda originada da infecção pela microbiota bucal), a sintomatologia dessa doença pode incluir passagem de líquidos para o nariz, transtornos na deglutição de líquidos e alimentos, halitose, coriza, paladar alterado, obstrução nasal unilateral, corrimento nasal unilateral e tosse noturna devido à drenagem do exsudato para a faringe.⁶

A técnica de valsava é uma manobra importante para o diagnóstico clínico e deve ser realizada logo após a exodontia de dentes superiores posteriores, nela o profissional deve pressionar as asas do nariz do paciente e pedir para que ele expire com a boca aberta. Havendo comunicação, o ar será expirado pelo alvéolo, provocando ruído característico e borbulhamento causado pelo acúmulo de sangue.⁷

Após o diagnóstico pelo exame clínico, o estudo radiográfico dessa região anatômica é imprescindível devido à complexidade dessa área e da complicação, sendo a radiografia panorâmica e a periapical as mais recomendadas. Entretanto, estas fornecem apenas imagens bidimensionais e sobrepostas. Para avaliar a presença ou não de sinusite, a tomografia computadorizada e a tomografia computadorizada de feixe cônico são os exames de imagem mais indicados. O principal objetivo do tratamento das comunicações é o fechamento do defeito, que vai prevenir a entrada de bactérias e de restos alimentares no seio maxilar.⁵

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi:

- a) Estabelecer o diagnóstico das comunicações buco-sinusais.
- b) Elaborar uma revisão da literatura relacionada aos principais tratamentos das comunicações buco-sinusais.
- c) Ilustrar, por meio de um relato de caso clínico, um caso de comunicação buco-sinusal com desenvolvimento de sinusite e fechamento pelo uso do corpo adiposo de bochecha.

3 METODOLOGIA

Este estudo foi elaborado a partir da pesquisa realizada em periodicos internacionais como as bases de dados eletrônicas PubMed e Scielo, além do uso de livros didáticos. As palavras utilizadas nas pesquisas eletrônicas foram “comunicação buco-sinusal”, “tratamento das comunicações buco-sinusais”, terapia medicamento da sinusite maxilar”, “corpo adiposo da bochecha”, “retalho palatino rodado” e “retalho palatino vestibular”. Como requisito de escolha para os artigos citados neste trabalho foi considerada a data de publicação que deveria ser entre os anos de 2017 e 2022.

A segunda parte deste trabalho consistiu no relato de um caso clínico de uma paciente que apresentava queixas relacionadas a complicação de uma exodontia do elemento 26 e foi encaminhada para a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da FOA (Faculdade de Odontologia de Araçatuba). No atendimento foi constatado a evolução de uma comunicação buco-sinusal e como tratamento foi indicado a realização de cirurgias com uso de retalhos rodados vestibular, palatino e do corpo adiposo da bochecha.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Tratamento das Comunicações Buco-Sinusais

O tratamento varia conforme o tamanho da abertura e a presença ou não de sinusite, sendo que as de abertura com até 2mm de diâmetros podem ter seu fechamento espontâneo e aberturas maiores que 2mm de diâmetros exigem intervenção. Assim, se a comunicação for de tamanho moderado (2 a 6mm) procedimentos adicionais para assegurar a estabilidade do coágulo no alvéolo deverão ser tomadas, como sutura em forma de oito. Já para comunicações grandes (maiores que 7mm), é mais indicado o uso de enxertos e retalhos de tecido mole bem como retalhos rotacionais palatinos, retalhos de transposição palatinos, retalhos de avanço vestibular, ou uma combinação de retalhos vestibular e palatino. O tratamento medicamentoso pode incluir descongestionantes nasais nos casos de infecções do seio maxilar e antibioticoterapia.⁴

4.1.1 Tratamento Medicamentoso

Antes de qualquer tratamento cirúrgico para o fechamento de uma fístula buco-sinusal é necessário que haja a resolução da infecção do seio maxilar. Descongestionantes nasais contribuem para minimizar a congestão do seio e a sua combinação com antibioticoterapia deve ser considerada. Além disso, é importante a irrigação constante da fístula do seio maxilar para a regressão do quadro sinusal, o paciente pode apresentar também dor devido à sintomatologia e, por isso, a prescrição de analgésicos pode ser necessária.⁸

No quadro instalado de sinusite maxilar de origem odontogênica, há o envolvimento de bactérias tanto do sistema respiratório quanto da cavidade bucal, com predominância de organismo anaeróbicos, principalmente de bacilos gram-negativos. Entretanto, a antibioticoterapia inicial deve priorizar a eliminação de bactérias anaeróbicas e aeróbicas, sendo a amoxicilina com clavulanato o antibiótico de primeira escolha.²

A terapêutica mais recente da literatura traz que amoxicilina associada ao clavulanato, descongestionantes nasais e irrigações frequentes com solução salina podem ser prescritos para o controle da infecção nos casos de infecção aguda, porém

pacientes com a doença sinusal crônica podem necessitar de intervenção cirúrgica como o procedimento de Caldwell-Luc.⁸

4.1.2 Tratamento Cirúrgico

A Fistula oroantral é uma comunicação patológica e o seu manejo correto deve levar em consideração fatores como: largura, epitelização, presença ou não de infecções. Nos casos em que as comunicações são maiores e extensas é necessário, imediatamente, o uso de abas rotativas e deslizantes para que ocorra o fechamento. Entretanto, nos casos de diâmetro pequeno e moderado que persistir após três semanas, a cirurgia para fechamento é aconselhável para evitar maiores problemas de saúde no paciente.⁹

Para o fechamento da fistula oroantral, utiliza-se técnicas cirúrgicas de retalhos, estes podem ser classificados em dois tipos: locais e distantes. No grupo dos retalhos locais, os mais utilizados incluem o retalho bucal, corpo adiposo da bochecha e retalho rotativo palatino. Os procedimentos de retalho à distância abrangem o retalho de língua, cartilagem auricular e retalho do músculo temporal.⁸

Retalho deslizante vestibular

Essa técnica, destaca-se pela simplicidade. É realizado com duas incisões no sentido vertical, divergentes na região vestibular estendida ao fundo de sulco da área da comunicação em forma trapezoidal, para dar mais flexibilidade e evitar necrose é importante incisar horizontalmente o periósteo na região de vestibulo, isso facilitará a rotação do retalho e o seu encaixe. Ele é composto por epitélio e tecido conjuntivo, sendo também importante a remoção do epitélio gengival das bordas a serem coaptadas. A sutura deve ser posicionada sobre o defeito por meio de suturas em colchão desde o retalho até a mucosa bucal.^{9,10}

As vantagens dessa técnica incluem: bom suprimento sanguíneo, alta sobrevida, menor risco de necrose e facilidade de execução. Já a diminuição do fundo de vestibulo é uma desvantagem significativa, principalmente em pacientes usuários de próteses, pois aumenta o desconforto, sendo melhor indicado quando o rebordo alveolar está muito reabsorvido.⁸

Retalho palatino rodado

O retalho palatino deve possuir haste axial com base posterior e incluir a artéria palatina maior, possuir comprimento suficiente por meio da excisão do epitélio e no corte da fibromucosa palatina para permitir sua rotação lateral. É mais indicado para reparos tardios e nos casos que a comunicação ultrapassar 10mm de diâmetro e preferencialmente para a região de pré-molares, pois rotações excessiva na região de molares pode culminar em necrose e isquemia do retalho pelo fato de exigir rotação em excesso.^{9,10}

Como vantagens têm-se uma boa vascularização do retalho, menor vulnerabilidade à ruptura, preservação do fundo de sulco, boa espessura e excelente qualidade do tecido. Como desvantagens, a exposição da superfície palatina óssea, desconforto ao paciente (dor) e propensão a hemorragia da artéria palatina maior, e necrose causada pela rotação excessiva do retalho.⁸

Rotação do corpo adiposo da bochecha

O corpo adiposo da bochecha é constituído por tecido adiposo simples (também é encontrado em outras partes do corpo), envolto por uma fina cápsula fibrosa de tecido conjuntivo está alocado entre os músculos da mastigação, possui quatro lobos que recebem o nome de acordo com os ligamentos que os fixam. Recebe suprimento sanguíneo dos ramos bucal e temporal profundo da artéria maxilar, do ramo transversal da artéria temporal superficial e dos ramos da artéria facial. Atua como facilitador da mastigação e possibilita o contorno estético facial e pode ser usado como enxerto pediculado.^{8,11}

A utilização para o fechamento das comunicações é vantajosa, pois além da facilidade de colher, possui um ótimo suprimento sanguíneo e por estar próximo ao sítio, diminui o tempo cirúrgico. A anestesia local deve ser feita bloqueando o nervo alveolar superior posterior médio e bloqueio do nervo palatino maior.¹²

Para o acesso do corpo adiposo da bochecha é necessário incisar a mucosa posterior na área de contraforte zigomático e expô-lo por meio de divulsão suave com pinças finas e curvas, posteriormente pode ser colhido e mobilizado, esse retalho do

tipo pediculado tem sido o mais usado para o fechamento das comunicações buco-sinusais.⁹

Como pontos positivos, essa técnica destaca-se por apresentar baixa taxa de morbidade da área doadora, excelente suprimento sanguíneo e desse modo, possibilitando que a gordura exposta se epitelize sozinha até duas semanas após a cirurgia e por não alterar significativamente a profundidade do sulco bucal. Entretanto, o aparecimento de novas fistulas e necrose quando usado para o fechamento de grandes defeitos, bem como exigir conhecimento do profissional para realização da técnica e manipulação cuidadosa do retalho são os principais pontos negativos.⁸

5 RELATO DE CASO

Paciente D.T.P.D., do sexo feminino, 52 anos, comparece ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA) em 2019, apresentando uma comunicação buco-sinusal.

Durante a anamnese a paciente relatou possuir Diabetes mellitus e hipertensão arterial, ambas doenças controladas com Glifage e Losartana, respectivamente. Relatou que sentiu dor no elemento 26 e foi realizada uma exodontia sem imagem radiográfica prévia, assim não foi observada a relação da raiz do dente 26 com o assoalho do seio maxilar. No pós-operatório a paciente relatou sentir gosto amargo na boca, quando o profissional diagnosticou a comunicação buco-sinusal e encaminhou ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

No exame físico, a paciente apresentava ausência dos elementos 25,26,27,28, e a comunicação buco-sinusal na área do 26. Inicialmente, optou-se por procedimento cirúrgico para fechamento da comunicação através de rotação de retalho vestibular. Entretanto observou-se fechamento parcial, sendo realizada segunda cirurgia usando método de rotação de retalho palatino. Devido à pandemia COVID-19, no ano de 2020, a paciente não retornou para avaliações.

Em junho de 2021 a paciente retornou ao ambulatório com queixas de odor forte e dor local. Ao exame intraoral foi visualizado fístula na região do 26, indicando permanência da comunicação buco-sinusal (Figura 1). Novo exame panorâmico foi solicitado, podendo notar-se a presença de velamento do seio maxilar direito e rompimento do teto do seio maxilar na região do 26 (Figura 2). Como plano de tratamento estabeleceu-se primeiro o tratamento da sinusite e posterior cirurgia para fechamento da comunicação.

Figura 1 - Exame clínico inicial, após 2 anos da cirurgia para fechamento



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

Figura 2 - Radiografia panorâmica inicial



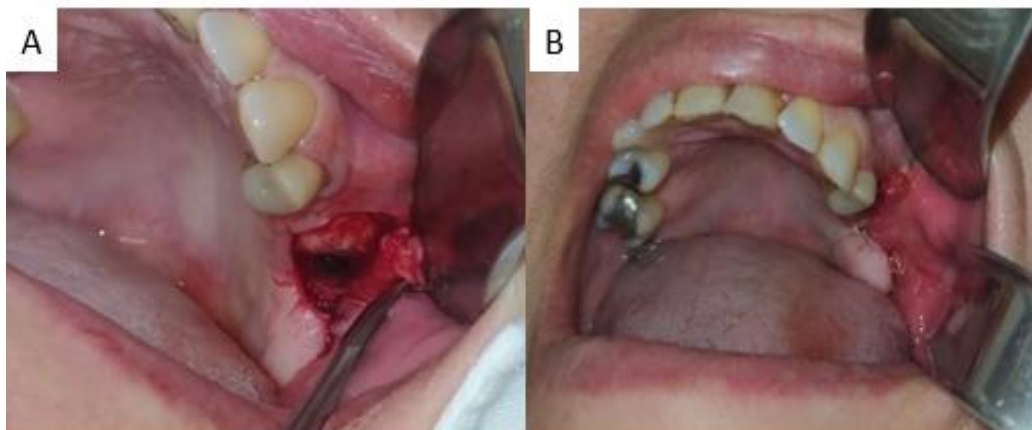
Fonte: Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA)

A sinusite maxilar foi tratada com uso de amoxicilina 875mg com clavulanato de potássio 125mg duas vezes ao dia, associada à lavagens intra-nasais com soro pela paciente em seu domicílio, e lavagem intrasinusal uma vez na semana no consultório com soro e gentamicina. Após três semanas de tratamento, não era mais observado secreção e a paciente não possuía mais queixas locais.

Rotação do retalho vestibular foi novamente planejado, devido a pequena apresentação da fístula no meio oral, com diâmetro aproximado de 1mm.

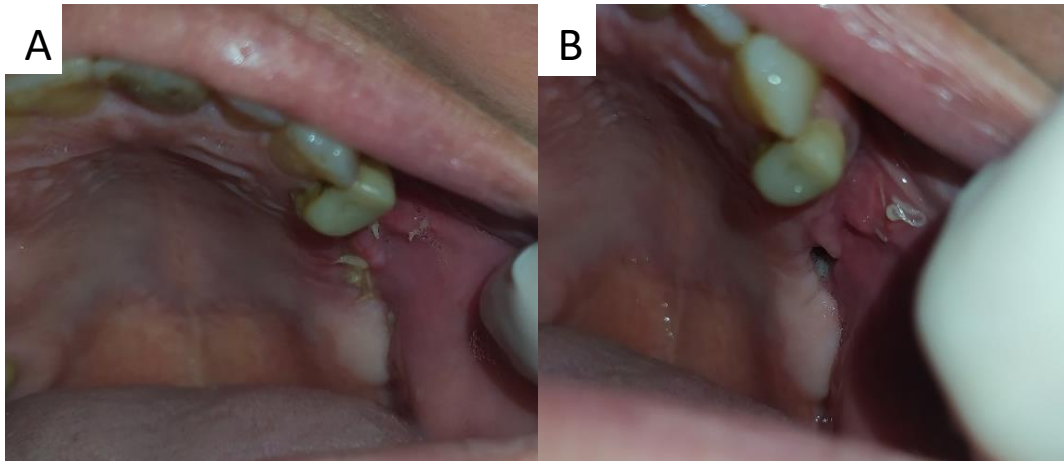
Após anestesia local, a incisão relaxante na mesial do rebordo e a 1 cm da fístula foi realizada, além da incisão linear no rebordo até região do túber maxilar. O retalho mucoperiosteal total foi rebatido, sendo possível a visualização do defeito ósseo de diâmetro aproximado de 7mm (Figura 3A). Fistulectomia foi realizada e remoção do tecido hiperplásico intrasinusal. Após irrigação intrasinusal com soro fisiológico, o retalho vestibular foi dividido e a região fechada por primeira intenção com fio reabsorvível multifilamentar (Vicryl®) (Figura 3B). No acompanhamento de 7 dias, pequena região de deiscência coberta por fibrina foi observada (Figura 4A), com exposição total da fístula no décimo quarto dia de acompanhamento (Figura 4B).

Figura 3 - A) Após incisão e descolamento mucoperiosteal, foi localizado o defeito ósseo. Após fistulectomia e limpeza de tecido hiperplásico intrasinusal, realizado fechamento primário (B)



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

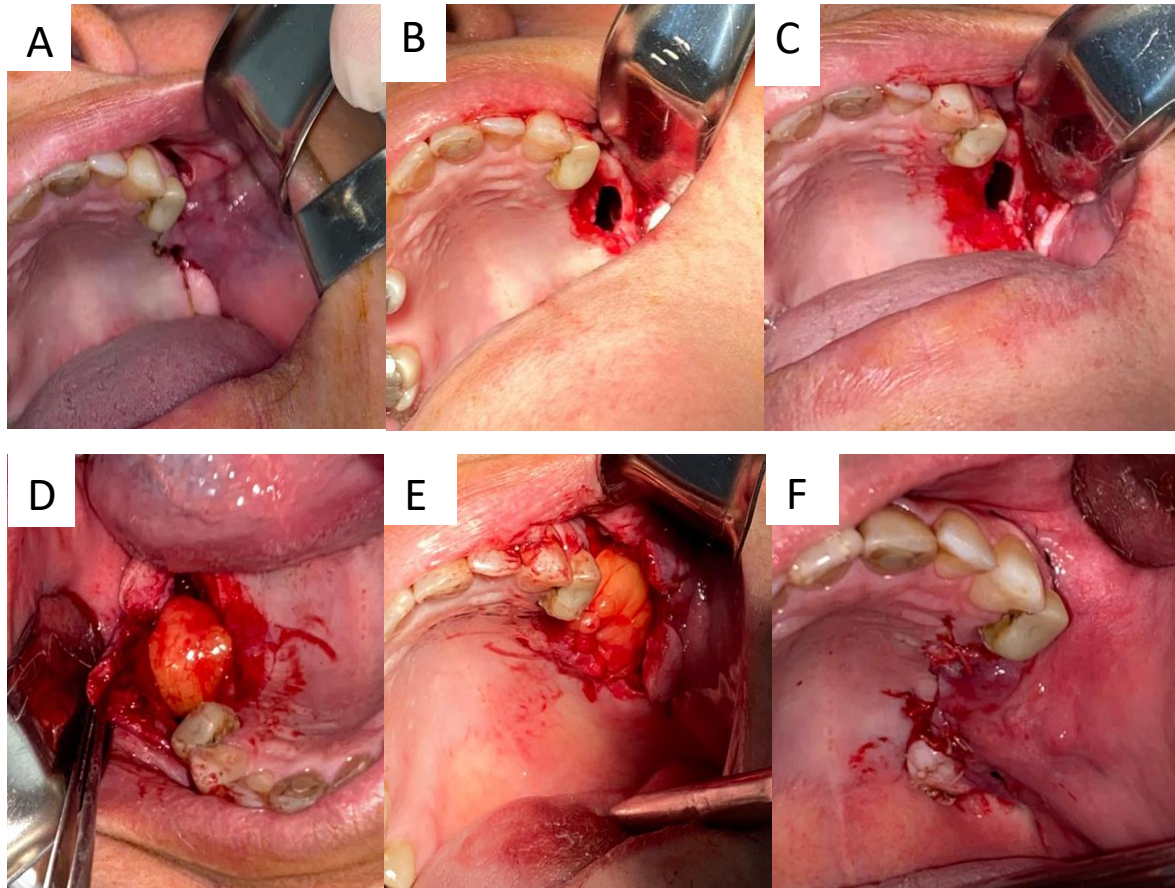
Figura 4 - A) pós-operatório de 7 e (B) 14 dias



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

Devido às recidivas no tratamento, foi optado novo fechamento pela rotação do corpo adiposo da bochecha em novo procedimento cirúrgico. Sob anestesia local, foi realizado incisão de Newman modificada e deslocamento mucoperiosteal total (Figura 5A). Após exposição da comunicação, o seio maxilar foi inspecionado, removendo-se pequenos pólipos do seu interior (Figura 5B). Após lavagem copiosa, o corpo adiposo da bochecha foi tracionado, sem romper sua cápsula, através do interior do acesso realizado (Figura 5D). O epitélio palatino foi desepitelizado com lâmina de bisturi número 15 (Figura 5C), e o retalho vestibular dividido. Iniciou-se então o fechamento, sendo primeiro suturada a bola gordurosa no palato, cobrindo todo o defeito ósseo, com fio multifilamentar reabsorvível (Vicryl®) (Figura 5E), com posterior rotação do retalho vestibular, o qual foi suturado na região desepitelizada do palato, com fio multifilamentar reabsorvível. As incisões relaxantes foram suturadas com fio multifilamentar não-reabsorvível (Seda 4.0) (Figura 5F). Como medicação pós-operatória, foi prescrito Amoxicilina 500mg, Dipirona 1g, e Neosoro. Em acompanhamento de 7 (Figura 6) e 14 dias, nenhuma complicação foi observada. Aos 30 dias pós-operatórios, a paciente se apresentava sem queixas, com toda região cicatrizada (Figura 7).

Figura 5 - A) Incisão Newman modificada. B) Exposição comunicação e limpeza intranasal. C) desepitelização palato. D) tracionamento da bola de Bichat sem rompimento da sua cápsula. E) Sutura da bola gordurosa sobre o defeito. F) Fechamento final



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

Figura 6 - Pós-operatório de 14 dias



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

Após 90 dias, a paciente retornou para acompanhamento e no exame físico constatou-se o fechamento da comunicação buco-sinusal. Quando questionada, não relatou nenhum desconforto e foi orientada a realizar a reabilitação protética e aprofundamento de fundo de vestibulo.

Figura 7 - Pós-operatório de 90 dias



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

6 DISCUSSÃO

As comunicações buco-sinusais devem ser diagnosticadas o quanto antes possível para evitar a ocorrência de fistulas e o desenvolvimento de sinusite crônica, se possível deve ser constatada até 48 horas, sendo que a manobra de Valsalva e a radiografia panorâmica auxiliam na detecção. Para o melhor tratamento, deve ser analisado parâmetros como: tempo, local, tamanho e presença ou não de infecção.¹⁰

Caso não ocorra o fechamento imediato da comunicação buco-sinusal, haverá o desenvolvimento da fistula oroantral tornando a abertura epitelizada, piorando o prognóstico. Algumas doenças sistêmicas como a diabetes podem dificultar o processo de reparo das fistulas devido ao aumento do risco de sangramento, infecções e retardo na cicatrização tecidual.⁶

Se houver infecção bacteriana e o paciente apresentar sintomas de sinusite, deverá ser feito o tratamento da infecção antes da abordagem cirúrgica, sendo as penicilinas, o antibiótico de primeira escolha, aliado a irrigações constantes com soro fisiológico e descongestionantes nasais.²

O corpo adiposo da bochecha é um tecido adiposo envolto por uma cápsula fibrosa e o seu uso como enxerto para o fechamento das comunicações buco-sinusais com tamanho de até 7mm é indicado. Pelo seu rico suprimento sanguíneo, a epitelação da gordura descoberta pode sofrer epitelação dentro de duas semanas e cicatrização completa até seis semanas. Sua vantagem em relação ao retalho rodado vestibular é não afetar demasiadamente a profundidade de sulco bucal, porém exige mais cuidado e experiência do cirurgião dentista. Ademais, a rotação do retalho vestibular se torna mais eficaz nos casos em que o tamanho da fistula oroantral é pequena e o rebordo se apresentar muito reabsorvido.^{9,12}

Em relação ao retalho rodado palatino, por ser mais indicado para fechamentos das comunicações em dentes pré-molares, o uso de enxerto do corpo adiposo da bochecha na região de molares é mais indicado⁹.

O pós-operatório para o fechamento das comunicações deve incluir antibioticoterapia e instruções ao paciente como, por exemplo, não fazer uso de bochechos, evitar tossir, assoar o nariz e espirrar. Contudo, maiores queixas de dor e edema foram relatados pelos pacientes que se submeteram com o tratamento utilizando-se o corpo adiposo da bochecha.¹²

7 CONCLUSÃO

A comunicação buco-sinusal é uma das principais intercorrências relacionadas a exodontia dos dentes superiores posteriores e, com isso, compete ao cirurgião dentista evitá-las e diagnosticá-las o mais breve possível, por meio da realização de um exame clínico minucioso, auxiliado sempre de exame radiográfico antes da extração do elemento dental.

Porém, quando diagnosticada a comunicação buco-sinusal, caberá ao profissional selecionar o melhor tratamento de acordo com o tamanho, local, tempo e presença ou não de fistulas e de infecção do seio maxilar.

O uso do corpo adiposo da bochecha, mostrou-se uma boa alternativa em caso de comunicações persistentes. Além de ser recomendado, principalmente, para comunicações localizadas em região de molares, melhorando seu prognóstico, possuir bom suprimento sanguíneo, baixa morbidade e não alterar em demasiado a profundidade do sulco bucal.

Caso o paciente apresente um quadro de sinusite, esta deve ser tratada antecipadamente ao procedimento cirúrgico, o uso de amoxicilina com clavulanato associada a irrigações com solução salina frequentes e ao uso de descongestionantes nasais mostrou eficácia como terapia medicamentosa para a intervenção da infecção do seio maxilar.

REFERÊNCIAS

1. Rizzolo RJC, Madeira MC. Sistema esquelético. In: Rizzolo RJC, Madeira MC. Anatomia facial com fundamentos de anatomia geral. 5th ed. São Paulo: Sarvier; 2016. p. 11-54.
2. Psillas G, Papaioannou D, Petsali S, Dimas GG, Constantinidis J. Odontogenic maxillary sinusitis: A comprehensive review. J Dent Sci. 2021;16(1):474-81. doi: 10.1016/j.jds.2020.08.001
3. Whyte A, Boeddinghaus R. The maxillary sinus: physiology, development and imaging anatomy. Dentomaxillofac Radiol. 2019;48(8):20190205. doi: 10.1259/dmfr.20190205
4. Shahrou R, Shah P, Withana T, Jung J, Syed AZ. Oroantral communication, its causes, complications, treatments and radiographic features: A pictorial review. Imaging Sci Dent. 2021;51(3):307-11. doi: 10.5624/isd.20210035.
5. Parvini P, Obreja K, Begic A, Schwarz F, Becker J, Sader R, Salti L. Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. Int J Implant Dent. 2019;5(1):13. doi: 10.1186/s40729-019-0165-7
6. Farias JG, Cândia AV, Barros LF. Fechamento de fístula bucossinusal utilizando o corpo adiposo bucal - Técnica convencional x técnica do túnel - Relato de casos clínicos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2015;15(3).25–30.
7. McGlumphy EA, Larsen PE. Implantes contemporâneos em odontologia. In: Peterson LJ, Ellis E III, Hupp JR, Tucker MR, editors. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 325-64..
8. Kwon MS, Lee BS, Choi BJ, Lee JW, Ohe JY, Jung JH, Hwang BY, Kwon YD. Closure of oroantral fistula: a review of local flap techniques. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2020;46(1):58-65. doi: 10.5125/jkaoms.2020.46.1.58
9. Borgonovo AE, Berardinelli FV, Favale M, Maiorana C. Surgical options in oroantral fistula treatment. Open Dent J. 2012;6:94-8. doi: 10.2174/1874210601206010094
10. Belmehdi A, El Harti K. Management of oroantral communication using buccal advanced flap. Pan Afr Med J. 2019;34:69. doi: 10.11604/pamj.2019.34.69.19959

11. Hernández O, Altamirano J, Soto R, Rivera A. Anatomical relationships of the adipose buccal fat pad associated with bichectomy complications. About a case. In J Morphol. 2021;39(1):123–33.
12. Shukla B, Singh G, Mishra M, Das G, Singh A. Closure of oroantral fistula: Comparison between buccal fat pad and buccal advancement flap: A clinical study. Natl J Maxillofac Surg. 2021;12(3):404-9. doi: 10.4103/njms.njms_323_21