

Fechamento de fístula buccossinusal utilizando o corpo adiposo bucal - Técnica convencional x técnica do túnel - Relato de casos clínicos

Closure of oroantral fistula with pedicled buccal fat pad - Convention technique x Technique of the tunnel - Cases report

RESUMO

As comunicações buccossinusais são ocorrências comuns, geralmente relacionadas a exodontias de unidades dentárias superiores posteriores devido ao íntimo contato dos ápices radiculares destes com o assoalho do seio maxilar. A passagem de alimentos e líquidos entre as cavidades oral e nasal é o sinal mais comum para o diagnóstico. O presente trabalho objetiva revisar a literatura especializada para demonstrar as facilidades, além de vantagens e desvantagens da utilização da bola de Bichat no fechamento de comunicações buccossinusais, apresentando dois casos clínicos utilizando duas técnicas diferentes.

Palavras-Chave: Cirurgia; Comunicação Buccossinusal; Corpo Adiposo Bucal.

ABSTRACT

The oro-antral communications is commonplace, often related to extractions units of dental higher later due to close contact with the shoot tips root of the floor of the maxillary sinus. The most common diagnosis signal is the passage fluids and small particles of food among oral and nasal cavities. This paper aims to review the literature to demonstrate the facilities, as well as advantages and disadvantages of the use of the Bichat ball at close of oro-antral communications, presenting two clinical cases using two different techniques.

KeyWords: Surgery; Oro-antral Communications; Buccal Fat Pad

Aprovado em 17/06/15

Jener Gonçalves de Farias

Doutor em Estomatologia pela UFPB;
Mestre em CTBMF - FOP/UPE, Professor
Adjunto CTBMF - UNIME

Antônio Varela Cância

Especialista em CTBMF - FOP/UPE

Lucas Fontes Barros

Cirurgião-Dentista, graduado pela
Faculdade de Odontologia - UNIME

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lucas Fontes Barros
Rua Sargento Waldir Bannach, 34
Piatã - Bahia
Telefone para contato: (71) 8879-5496
E-mail: lbarros_84@hotmail.com

Introdução

Os seios maxilares são cavidades bilaterais, de volume variável, revestido por um epitélio colunar, ciliado, pseudo-estratificado, mucossecretor, que contém ar no seu interior. Os movimentos ciliares deslocam o muco, produzido pelo epitélio de revestimento, e qualquer outro material estranho contido no seio, em direção ao óstio, sendo drenado através da região nasal. Os seios maxilares, como a própria denominação revela, estão localizados no interior do osso maxilar, intimamente relacionados com os alvéolos dos dentes posteriores. Suas paredes são formadas pela união de diversas estruturas ósseas, como assoalho da órbita, parede lateral do nariz e o próprio osso maxilar. As principais funções do seio são ajudar a umedecer o ar inspirado, reduzir o peso do esqueleto facial, além de, secundariamente, agir na modulação da voz.^{3, 4, 11}

Uma complicação comumente relacionada ao seio maxilar é a comunicação bucossinusal (CBS), que consiste na formação de um trajeto direto entre a cavidade oral e o seio maxilar, ocorrendo o rompimento da membrana sinusal. A principal etiologia para a CBS é a exodontia de dentes superiores posteriores devido à íntima relação anatômica entre os ápices das raízes dessas unidades dentárias e o assoalho do seio maxilar. Outros motivos para ocorrência da CBS são os traumas faciais, exérese de lesões císticas e tumorais.^{1, 4, 11, 15} Além dessas, algumas condições infecciosas podem ser relacionadas, como leishmaniose, goma sífilítica e noma, que provocam necrose perfurante.¹³

O diagnóstico das comunicações bucossinusais geralmente envolve procedimentos clínicos e radiográficos. Dentre os procedimentos clínicos, irrigação e uma boa fonte de iluminação são procedimentos que devem ser realizados.^{4, 6} Exames posteriores podem incluir a transluminação do seio maxilar como procedimento alternativo. Esse procedimento realizado numa sala escura, onde uma lanterna de luz forte é colocada sobre o palato ou superfície faciais do seio. Em lesões unilaterais, o seio envolvido apresentará uma transluminação diminuída, comparado com o lado oposto, devido à presença de fluidos e ao espessamento da mucosa no interior do seio. Radiografias periapicais, oclusais e panorâmicas, na maioria dos casos, fornecem informações suficientes para o diagnóstico radiográfico de uma CBS. Se informações adicionais forem necessárias, radiografias com incidência de Walters podem ser solicitadas. Tomografias raramente são necessárias. Radiograficamente o seio íntegro deve apresentar-se radiolúcido e ser delimitado em toda sua área periférica por uma camada bem demarcada de osso cortical. A descontinuidade da linha radiopaca, que delimita o seio e o velamento (radiopacidade difusa) deste, indica uma CBS.¹¹

Os pacientes acometidos de uma fístula bucossinusal exibem geralmente sintomas, como a passagem de líquidos para o nariz, timbre nasal, transtornos na deglutição de líquidos e alimentos, halitose, coriza, paladar alterado, obstrução nasal unilateral, dor na face ou cefaleia frontal (quando de sinusite maxilar aguda), corrimento nasal unilateral e tosse noturna devido à drenagem do exsudato para a faringe. Uma das principais complicações das comunicações bucossinusais

é a sinusite maxilar aguda ou crônica, oriunda da contaminação do seio pela microbiota bucal.⁶

A literatura apresenta diversas maneiras para o tratamento das fístulas bucossinusais. Entre os mais utilizados, estão as técnicas de sutura das bordas, retalhos bucais, retalhos palatinos, retalhos deslizantes, enxertos e, mais recentemente, o corpo adiposo bucal.^{1, 15}

Em 1802, Xavier Bichat, realizando um longo e minucioso estudo de cadáveres, descobriu o corpo adiposo, denominado de Bola de Bichat, e descreveu-a como uma massa lobulada e convexa, coberta por uma delgada cápsula de tecido conjuntivo.^{8, 12, 14} Porém, somente em 1977, Egyedi utilizou a Bola de Bichat como enxerto pediculado, associado a um enxerto de pele, para encerramento de uma CBS.⁵

Estudos anatômicos do corpo adiposo da bochecha revelam que esta possui um corpo principal e quatro prolongamentos, conhecidos como bucal, massetérico, temporal superficial e profundo, recebendo esses nomes por estarem intimamente relacionados a esses músculos. A extensão bucal encontra-se em íntimo contato com a mucosa jugal, tornando seu acesso cirúrgico simples. O suprimento sanguíneo do corpo adiposo da bochecha é derivado dos ramos temporal profundo e bucal da artéria maxilar, pelo ramo facial transversal da artéria temporal superficial e por pequenos ramos da artéria facial. A essa rica vascularização é creditado o alto índice de sucesso do uso do corpo adiposo da bochecha como retalho pediculado, por garantir o suprimento sanguíneo arterial original, enquanto ocorre uma revascularização no leito receptor.^{8, 9}

O presente trabalho tem por objetivo revisar a literatura especializada, abordando as facilidades, as vantagens e desvantagens da utilização da bola de Bichat no fechamento das comunicações bucossinusais, relatando dois casos clínicos utilizando duas técnicas distintas.

CASO CLÍNICO 1 (TÉCNICA DO TÚNEL)

Paciente T. M. T, 26 anos, gênero masculino, leucoderma, foi atendido no curso de extensão de cirurgia bucal na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), queixando-se de passagem de líquidos da cavidade oral para a nasal, além de mau hálito e dor na região. Durante a anamnese, o

paciente relatou que a comunicação havia aparecido logo após a remoção do dente 2.6, na clínica de graduação e que foi realizado um procedimento cirúrgico (deslizamento do retalho muco periosteal vestibular) na tentativa de fechar a CBS.

Tendo em vista que o tratamento apresentou recidiva, notando-se uma fístula de aproximadamente 3 mm de diâmetro e sem sinais de secreção, foi realizada a Manobra de Valsava (compressão das narinas com os dedos, assoprando-o) onde se observou uma saída de ar na área.

De posse da radiografia panorâmica e radiografia PA (póstero-anterior) de Waters, foi observada a perda de continuidade da linha radiopaca do assoalho e o velamento do seio maxilar esquerdo. (Figura 1)

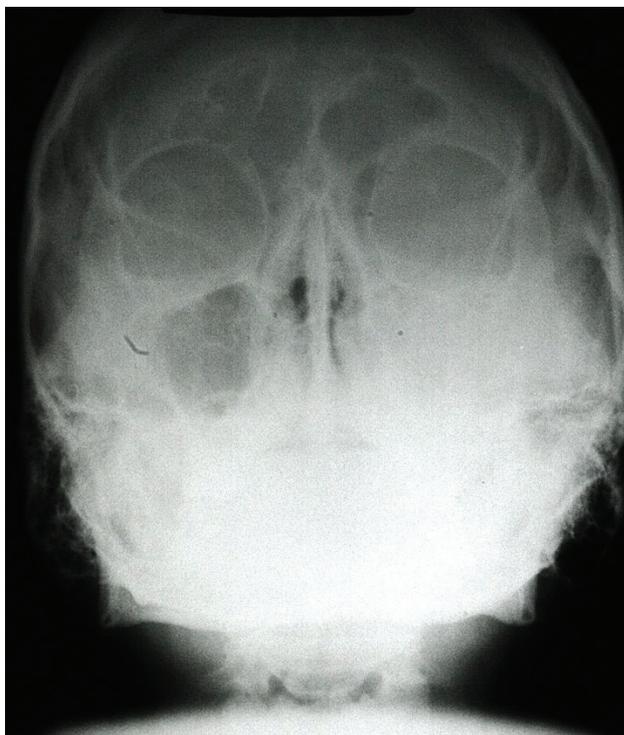


Figura 1 - Radiografia PA de Waters, evidenciando o velamento do seio maxilar esquerdo.

O plano de tratamento proposto foi o fechamento da CBS, por meio do corpo adiposo bucal. A anestesia foi realizada por bloqueio dos nervos alveolar superior posterior, alveolar superior médio e palatino maior. Realizou-se uma incisão perifistular, suturando-o onde foi invaginado, na trajetória óssea da fístula. Uma incisão foi feita em mucosa alveolar (fundo de vestibulo), sendo descolado do rebordo até a incisão, formando um túnel. (Figura 2 A) Da incisão em direção ao espaço bucal, foi realizada uma divulsão para expor

e liberar o tecido adiposo o qual seria utilizado como enxerto pediculado, no fechamento da CBS. O tecido adiposo foi passado por baixo do túnel e suturado na borda da mucosa palatina e por vestibular com fio não absorvível (nylon 4.0), fechando também a incisão na mucosa alveolar com o mesmo fio. (Figura 2 B e C)

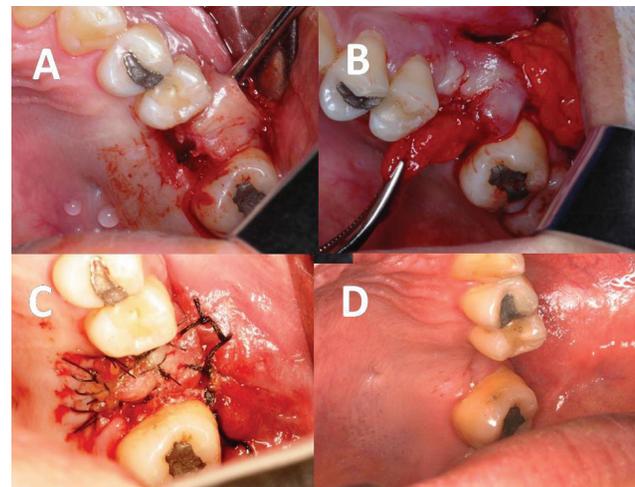


Figura 2 - A) Incisão perifistular, incisão de fundo de vestibulo e um descolador de Molt, evidenciando o túnel entre o fundo de vestibulo e o alvéolo; B) Tecido adiposo pinçado e passado por baixo do túnel; C) sutura do tecido adiposo em mucosa vestibular e palatina; D) Cicatrização após 4 meses, observando a total epiteliação.

Foi prescrito no pós-operatório amoxicilina 500 mg a cada 8 horas, durante 7 dias, nimesulida 100 mg a cada 12 horas, durante 3 dias e dipirona sódica 500 mg a cada 6 horas, durante 2 dias. Foi orientado também que, durante 14 dias, ao paciente deveria evitar espirrar com a boca fechada, não sugasse canudos, não fumasse, não assoar o nariz ou qualquer outra ação que pudesse promover diferenças de pressão entre as cavidades oral e sinusal.

A remoção da sutura foi realizada 7 dias após o procedimento cirúrgico, em que a evolução ocorreu sem complicações, com ausência de dor, febre, mau hálito e passagem de líquidos da cavidade oral para a nasal.

O paciente foi reavaliado 4 meses após o procedimento cirúrgico, observando-se a cicatrização bastante favorável com fechamento total da CBS, sem sinais de infecção ou recidiva. (Figura 2 D)

CASOCLÍNICO2(TÉCNICA CONVENCIONAL)

O paciente J.C.F.P, 52 anos, gênero masculino, leucoderma foi atendido no curso de extensão de cirurgia bucal da União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME) com queixa principal de dor em região de seio maxilar direito e gosto ruim na boca. Na anamnese, a paciente não relatava patologia de base e, ao exame físico intrabucal, pôde-se observar edentulismo total superior, apresentando uma fístula buccossinusal em região de segundo molar superior direito, decorrente de exodontia, sem sinais de secreção (Figura 3 A). Foi realizada a manobra de Valsava, na qual se observou uma saída de ar nessa área.

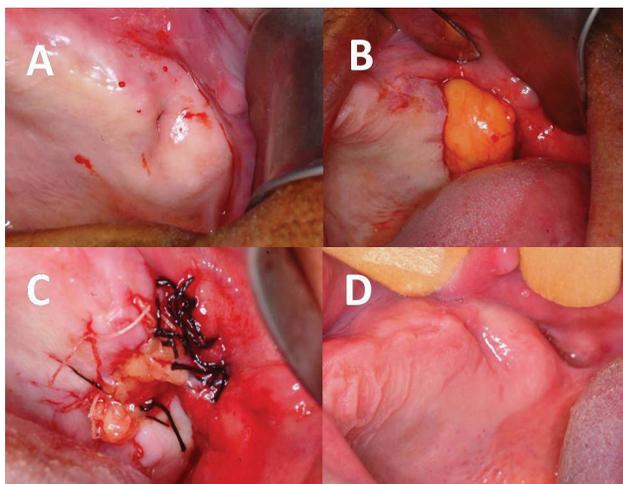


Figura 3 - A) Rebordo edêntulo evidenciando a fístula em região de segundo molar; B) Incisão perifistular, sutura para ser invaginada na trajetória óssea da fístula; C) Exposição do tecido gorduroso e sutura na mucosa do rebordo e da relaxante mesial; D) Cicatrização após 3 meses, observando a total epiteliação.

De posse da Ortopantomografia, foi observada a perda de continuidade da linha radiopaca do assoalho do seio maxilar direito. O plano de tratamento optado foi o fechamento da fístula utilizando o corpo adiposo bucal, por meio da técnica convencional. A anestesia foi realizada pelo bloqueio dos nervos Alveolar Superior Posterior e Palatino Maior. Realizou-se uma incisão perifistular, suturando-o onde foi invaginada na trajetória óssea da fístula. Uma incisão relaxante mesial, em direção ao fundo de vestibulo, foi realizada. Um retalho mucoperiosteal foi descolado em direção ao fundo de vestibulo que propiciou a exposição do corpo adiposo bucal sendo divulsionado e suturado na mucosa palatina da fístula. A relaxante foi suturada em sua posição original. (Figura n 3 B e C)

Foi prescrito, no pós-operatório, amoxicilina 500 mg a cada 8 horas durante 7 dias, nimesulida 100 mg a cada 12 horas, durante 3 dias e dipirona sódica 500 mg a cada 6 horas, durante 2 dias. Foi orientado também que, durante 14 dias, ao paciente deveria evitar espirrar com a boca fechada, não sugasse canudos, não fumasse, não assoasse o nariz ou qualquer outra ação que pudesse promover diferenças de pressão entre as cavidades oral e sinusal.

A remoção da sutura foi realizada 7 dias após o procedimento cirúrgico, em que a evolução ocorreu sem complicações, com ausência de dor, febre, mau hálito e passagem de líquidos da cavidade oral para a nasal.

O paciente foi reavaliado 4 meses após o procedimento cirúrgico, observando-se a cicatrização bastante favorável com fechamento total da CBS, sem sinais de infecção ou recidiva, porém com uma leve perda do sulco de vestibulo. (Figura n 3 D)

O corpo adiposo bucal encontra-se no espaço mastigatório, sendo uma estrutura de um corpo principal com quatro processos: bucal, pterigoide, pterigopalatino e temporal, revestidos por uma fina camada de tecido conjuntivo. Seu corpo principal localiza-se acima do ducto da parótida, lateralmente ao músculo bucinador e na borda anterior do músculo masseter. Sua extensão bucal é a mais superficial, encontrando-se em íntimo contacto com o ducto de Stensen e com os ramos zigomático e bucal do nervo facial. Sua extensão pterigoide é assim chamada devido a seu íntimo contato com os músculos pterigóideo medial e lateral. A extensão temporal passa abaixo do arco zigomático.^{2,10,13,14}

Devido à sua posição anatômica, possui características favoráveis para ser utilizado como enxerto pediculado na reconstrução de defeitos intrabuciais, especificamente na região posterior de maxila.^{13,14} Alternativas para o uso do corpo adiposo bucal, utilizado para o fechamento de comunicação buccossinusal, podem ser através do uso dos retalhos vestibulares, palatinos, combinados, linguais, de enxertos ósseos e de implantes de materiais aloplásticos, retalho músculo-mucoso inferior da artéria facial, retalho miofascial do temporal associado ao corpo adiposo bucal.^{2,10}

É unânime entre os autores que a principal etiologia relacionada com as ocorrências das CBS são as exodontias de

molares superiores devido ao íntimo contato das suas raízes com o seio maxilar^{6,7,11}, estando de acordo com os dois casos apresentados.

O corpo adiposo bucal pode ser utilizado para o fechamento de CBS que possua um tamanho igual ou superior a 3 mm de diâmetro.² Em defeitos menores que 3 mm, o fechamento é espontâneo.¹⁰ Outra condição que impede o êxito do tratamento é a presença de infecção. Uma comunicação nunca será fechada com o antro infectado, principalmente quando há presença de supuração.¹⁴ Nos dois casos apresentados, são ratificadas tais informações, uma vez que as comunicações foram exatamente de 3 mm, e os pacientes não evoluíram com sinais ou sintomas de quadros infecciosos.

A vantagem do uso do corpo adiposo é a de que ele gera menos distúrbios e cicatrizes no vestíbulo que um deslize de retalho; permite ajustes após uma semana; rápida epitelização da gordura, ocorrendo em torno de 2 a 3 semanas; mínima incidência de falha quando apropriadamente realizado; constitui-se em um procedimento simples e rápido; sem necessidade de remoção de dente ou osso; mínimo desconforto; ausência de seqüela estética; presente no mesmo campo cirúrgico, diminui o risco de infecção; é passível de ser realizado sob anestesia local; sem cicatrizes visíveis; baixa morbidade; possibilidade de ser associado a outros retalhos e não perde profundidade de sulco.^{2,9,10,12,13,14} Observamos que no paciente número 2, em que foi utilizado o corpo adiposo pela técnica convencional, ou seja, utilização de relaxante, houve uma pequena perda na profundidade de vestíbulo, ocasionada pela maior passagem do tecido adiposo abaixo da mucosa do rebordo, não sendo visto no caso número 1, em que o túnel limita essa passagem do tecido gorduroso.

Como em todos os enxertos, as complicações pós-operatórias estão relacionadas geralmente a falhas de integração do enxerto como resultado de necrose ou de infecção, o que supostamente é causado pela sua tensão ou manipulação excessiva. Como desvantagens do uso do corpo adiposo, observam; o fato de só poder ser usada uma única vez; a possibilidade de trismo no pós-operatório bem como retração ou deiscência do enxerto.^{2,10,14} Complicações pós-operatórias, utilizando o corpo adiposo, não foram observadas, porém, no caso número 1, o paciente evoluiu com recidiva da comunicação, após ter feito a tentativa de utilização de um deslize do retalho vestibular.

Já que o enxerto do corpo adiposo bucal sofre epitelização em 3-4 semanas, não há nenhuma necessidade de cobrir o retalho com um enxerto de pele ou mucoso, ficando exposto na cavidade bucal. Antes da epitelização, uma fase inicial de granulação é observada sendo logo coberta por epitélio escamoso estratificado paraqueratinizado que migra das margens do enxerto.^{2,9,10,13,14} Como foi ilustrado, nos dois casos, a epitelização ocorreu em 4 semanas, sendo que, no caso 2, houve a cobertura com parte do retalho bucal epitelial vestibular. No entanto, quando comparado no pós-operatório, não observou diferença significativa com o caso 1, ratificando as informações dos autores acima relatados.^{2,9,10,13,14}

CONCLUSÃO

Após a execução do caso e da revista da literatura especializada, verificamos que o corpo adiposo bucal constitui-se como método de enxerto simples, rápido, de fácil acesso, confiável e de bom prognóstico para reconstrução das CBS.

Em relação às técnicas, apesar de o túnel ser algo mais engenhoso, eliminam possíveis cicatrizes e retrações gengivais provenientes de incisões relaxantes, muitas vezes mal executadas e a perda de fundo de vestíbulo pela passagem limitada do tecido adiposo pelo túnel.

REFERÊNCIAS

1. ADEYEMO, W. L., OGUNLEWE, M. O., LADEINDE, A. L., JAMES, O. Closure of oro-antral fistula with pedicled buccal fat pad. A case report and review of literature. **African Journal of Oral Health**. V. 01, n. 01, p. 42-46, 2004.
2. CAMARINI, E. T., KAMEI, N. C., FARAH, G. J., DANIEL, A. N., JACOB, R. J., BENTO, L.A. Utilização do corpo adiposo bucal para fechamento de comunicação bucosinusal associado à enucleação de cisto residual – relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial**, V. 07, n. 03, p.23-30, jul/set. 2007.
3. DÂNGELO, J. G., FATTINI, C. A. **Anatomia Humana Básica**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2002.
4. DYM, H., OGLE, O. E. **Atlas de Cirurgia Oral Menor**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2004.
5. EGYEDI, P. Utilization of the buccal fat

- pad for closure of oro-antral and/oronasal communications. **J. Oral Maxillofac. Surg.** V.05, n. 04, p. 241-244, 1977.
6. FREITAS, T. M. C., FARIAS, J. G., MENDONÇA, R. G., ALVES, M. F., RAMOS JR, R. P., CÂNCIO, A. V. Fístulas oroantrais: diagnósticos e propostas de tratamento. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** V. 69, n. 06, p. 838-44, nov/dez. 2003.
 7. MARZOLA, C. **Fundamentos de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial:** Tratamento Medicamentoso e Cirúrgico das Comunicações Buco Sinusais. CRD, Bauru, Ed. Independente, 2005.
 8. NICOLICH, F., MONTENEGRO INFANTES, C. Extracción de La Bola de Bichat: Uma Operación Simple con Sorprendentes Resultados. **Folia Dermatológica Peruana.** V. 08, n. 01 – Mar. 1997.
 9. NOSÉ, F. R., CAMPOS, A. C., BONAVITA, R. V., BEVILAQUA, C. H., GAYOTTO, M. V. Selamento de fístula buco sinusal utilizando o corpo adiposo da bochecha. Breve revisão de literatura e relato de caso clínico. **RPG Rev. Pós. Grad.** V. 12, n. 02, p. 264-269, 2005.
 10. PEREIRA, F. L., FARAH, G. J., PASSERI, L. A., PAVAN, A. J. Aplicação do Corpo Adiposo Bucal para o Encerramento de Fístula Bucossinusal. Relato de Caso. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.** V. 45, n. 4, 2004.
 11. PETERSON, L. J., ELLIS, E., HUPP, J. R., TUCKER, M. R. **Cirurgia Orale Maxilofacial.** 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
 12. RAGALLI, C. C., BOREAN, M. V. Utilización de La Bola Adiposa de Bichat para el Cierre de Comunicaciones Bucosinusales. **Rev. Assoc. Odontol. Argent.** V. 87, n. 4/5, jul/oct. 1999.
 13. RALDI, F. V., SARDINHA, S. C. S., ALBERGARIA-BARBOSA, J. R. Fechamento de comunicação bucossinusal usando enxerto pediculado com corpo adiposo bucal. **BCI – Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia.** V. 07, n. 25, 2000.
 14. RALDI, F. V., SÁ-LIMA, J. R., MORAES, M. B., ZANOTTI, G. G. Fechamento de Comunicações Bucossinusais: Utilização de Enxerto Pediculado do Corpo Adiposo Bucal. **RGO.** P. Alegre, v. 54, n. 02, p. 178-181, abr/jun. 2006.
 15. SCHÜTZ, M. V. **Fechamento de Comunicações Bucossinusais Utilizando Enxerto Pediculado do Corpo Adiposo Bucal.** Dissertação (Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) Associação Brasileira de Odontologia, ABO – Secção Paraná. 2006.