

FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL EXTENSA COM BOLA DE BICHAT: RELATO DE CASO

CLOSURE OF EXTENSIVE ORO-ANTRAL COMMUNICATION USING BICHAT'S BUCCAL FAT PAD: CASE REPORT

Guilherme R. SCARTEZINI¹; Carolina F. P. OLIVEIRA²

1 - Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) e Centro de Tratamento das Deformidades Dentofaciais de Araraquara (CEDEFACE), Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade de Uberlândia (UFU), Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG);

2 - Graduada do curso de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (UFG).

RESUMO

A comunicação buco-sinusal (CBS) é uma condição patológica caracterizada pelo acesso entre a cavidade oral e o seio maxilar devido ao defeito em tecido ósseo e tecido mole, que normalmente garantem esta separação anatômica. O tratamento deve considerar fatores como a localização, etiologia e extensão, além disso, a CBS deve ser diagnosticada e tratada de forma imediata a fim de se obter melhor prognóstico. O objetivo do presente trabalho é descrever a técnica cirúrgica para o fechamento de uma CBS de longa data utilizando a Bola de Bichat, associado à reconstrução do assoalho do seio maxilar com tela de titânio e enxerto ósseo particulado. O paciente apresentou CBS em lado direito de maxila decorrente de um procedimento de levantamento do assoalho do seio maxilar e simultânea instalação de implantes. Após o tratamento prévio de uma sinusite crônica,

foi realizada incisão intraoral no rebordo com descolamento mucoperiosteal, desepitelização da CBS, e posterior sutura da membrana do seio maxilar direito. A reconstrução do assoalho do seio e reanatomização da tuberosidade maxilar, foi realizada pela adaptação de uma tela de titânio maleável de 1.5mm com enxerto ósseo particulado e membrana de L-PRF (fibrina rica em plaquetas e leucócitos). Depois, foi realizada a mobilização da Bola de Bichat e sutura na margem palatina da incisão, seguido do reposicionamento do retalho, após um relaxamento do periósteo, e sutura da mucosa incisada. A técnica utilizada é uma alternativa segura e indicada no caso de CBS extensas, apresentando resultado extremamente satisfatório no acompanhamento de três meses.

PALAVRAS-CHAVE: Seio maxilar, Fístula bucal, Sinusite maxilar, Corpo adiposo.

INTRODUÇÃO

A comunicação buco-sinusal (CBS) é uma condição patológica caracterizada pelo acesso entre a cavidade oral e o seio maxilar devido ao defeito em tecido ósseo e tecido mole, que normalmente garantem esta separação anatômica¹. A ocorrência da CBS é relativamente comum no âmbito da Odontologia, principalmente após a extração dos molares superiores, devido à íntima relação anatômica entre os ápices das raízes desses dentes e o seio maxilar, entretanto, a CBS também pode ser causada por doença cística, infecções, tumores ou traumas gerados por instrumentos^{2,5}.

O tratamento deve considerar fatores como a localização, etiologia e extensão, além disso, a CBS deve ser diagnosticada e tratada de forma imediata a fim de se obter melhor prognóstico e evitar agravos como a sinusite maxilar^{6,8}. Caso o diâmetro da CBS seja inferior a 2 mm o tratamento mais indicado é a estabilização do coágulo e preservação do mesmo no local, com intuito de promover o fechamento de forma espontânea^{9,11}. Em contrapartida, quando a extensão for igual ou superior a 3 mm de diâmetro, ou apresentar processo inflamatório ou infeccioso relacionado ao período de tempo existente da CBS, deve-se realizar o procedimento cirúrgico^{7,8}. Vale ressaltar que a persistência da CBS pode estar associada ao desenvolvimento de sinusopatias, sendo necessário o tratamento deste quadro previamente à ci-

rurgia de fechamento do defeito¹².

A utilização de retalhos locais (vestibular e/ou palatino), retalhos deslizantes, sutura das bordas, enxertos, e a manipulação do corpo adiposo da bochecha são técnicas cirúrgicas relatadas na literatura para o fechamento das CBS¹⁻⁶. O corpo adiposo da bochecha, conhecido como Bola de Bichat, foi descrito pela primeira vez em 1977 em reconstruções orais como enxerto pediculado¹³. Posteriormente, um estudo apresentado por Tideman et al.¹⁴ (1986), concluiu bons resultados sobre o uso de enxerto pediculado com o corpo adiposo bucal, sem a necessidade de recobrimento epitelial¹⁴ para o tratamento de defeitos causados por tumores malignos¹⁴.

Apenas em 1995, Hanazawa et al.⁸ (1995) mostraram, de forma inédita, resultados satisfatórios obtidos com o uso da Bola de Bichat sem recobrimento para o fechamento de 13 casos de CBS variando de 8 a 20 mm de diâmetro⁸. Anatomicamente, a Bola de Bichat encontra-se no espaço mastigatório, envolvida por uma cápsula fibrosa e constituída de um corpo principal com quatro extensões: bucal, pterigóide, temporal superficial e temporal profundo, sendo o corpo a área de mais fácil acesso cirúrgico^{13,15}.

A escolha da Bola de Bichat como enxerto para encerramento dos defeitos intraorais ganhou popularidade devido à facilidade de acesso e excelente fonte de suprimento sanguíneo, deriva-

do da artéria maxilar, temporal e facial, minimizando o risco de necrose^{4,13-17}. Nesse contexto, o objetivo do presente trabalho é descrever a técnica cirúrgica para o fechamento de uma CBS de longa data utilizando a Bola de Bichat, associado à reconstrução do assoalho do seio maxilar com tela de titânio e enxerto ósseo particulado.

CASO CLÍNICO

Paciente E.A.S, 53 anos, gênero masculino, encaminhado para tratamento de CBS em lado direito de maxila presente há aproximadamente doze meses, decorrente de um procedimento de levantamento do assoalho do seio maxilar e simultânea instalação de implantes, apresentando queixa de sintomatologia dolorosa, halitose, passagem de líquidos e alimentos da cavidade oral para a cavidade nasal, congestionamento nasal do lado direito, coriza e sinais de infecção sugestivo de sinusopatia.

Ao exame intraoral foi observado um defeito em região posterior de maxila de aproximadamente 25 mm (Figura 1). O exame de tomografia computadorizada (TC) de seios paranasais revelou descontinuidade do soalho do seio maxilar no corte coronal, e hipertrofia da mucosa do seio maxilar no corte axial, além da reconstrução em 3D onde observa-se a extensão da CBS (Figuras 2-4). As informações relatadas pelo paciente juntamente com a avaliação da TC confirmaram o quadro de sinusite crônica, sendo prescrito o uso de Clavulin® BD 875mg de 12/12 horas e Fluimucil® 200mg de 8/8 horas, ambos por 7 dias.

A cirurgia foi realizada em procedimento único, com anestesia geral por entubação nasotraqueal. Inicialmente, o otorrinolaringologista executou a fibrorinoscopia em narina direita, e contra-abertura nasal lateral com desobstrução do óstio nasal médio, a fim de permeabilizar o seio maxilar acometido pela sinusite crônica secundária a CBS de longa data. Por acesso intra-oral e com infiltração de Neocaína® 0,5% com adrenalina 1:200.000 para hemostasia, foi realizada uma incisão elíptica supra-cristal, descolamento mucoperiosteal e desepitelização da CBS, com a sutura da membrana do seio maxilar direito (Figura 5).

Em seguida, foi realizada a adaptação de uma tela de titânio maleável (Jeil Medical Corp®) de 0.6 mm de espessura para reconstrução do assoalho do seio e reanatomização da tuberosidade maxilar, perdido pelo processo infeccioso de uma prévia reconstrução para implante. Logo após, foi colocado enxerto ósseo particulado (Bio-Oss® Large 2g, Geistlich), granulação grande, entre a tela e a membrana sinusal suturada, para viabilizar a formação óssea do assoalho do seio (Figura 6). Foi adicionada uma membrana de L-PRF® (Fibrina rica em plaquetas e leucócitos-Intra-Lock System) para garantir uma melhor cicatrização do retalho (Figura 7). A tela de titânio foi parafusada e fixada por vestibular e palatina, com parafuso 1.5x6.0 mm e em seguida cobriu-se com uma membrana de colágeno (Bio-Gide® 30x40mm, Geistlich) (Figura 8).

A exposição da Bola de Bichat foi realizada previamente ao procedimento de desepitelização da CBS, com objetivo de mobilizá-la e evitar possíveis dificuldades durante o ato cirúrgico (Figura 9). Então, o tecido gorduroso foi reposicionado com auxílio de uma pinça hemostática por cima da tela de titânio, e realizou-se a sutura na margem palatina da incisão com fio Vicryl® 5-0 (Johnson & Johnson-Ethicon). O retalho foi reposicionado sobre toda a área após o relaxamento do periósteo, e a sutura da

mucosa incisada foi concluída com fio de nylon 5-0 (Johnson & Johnson-Ethicon).

No dia seguinte, o paciente recebeu alta e foi medicado com Clavulin® BD 875mg de 12/12 horas por 7 dias, Nisulid® 200mg de 12/12 horas por 3 dias e Lisador® de 6/6 horas por 2 dias, todos por via oral. O paciente recebeu as devidas recomendações, como a orientação de dieta líquida-pastosa, espirrar com a boca aberta, não fumar ou sugar canudinhos na primeira semana, evitar assoar o nariz, e abandonar o uso do aparelho protético por um período de 30 dias. O pós-operatório transcorreu sem complicações, sendo observado o sucesso do fechamento da CBS no período de 3 meses (Figura 10 e 11).

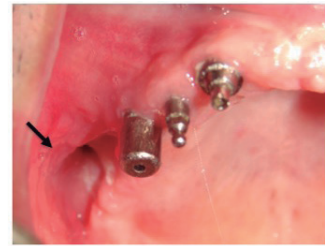


Figura 1 - Aspecto inicial do defeito do rebordo alveolar caracterizando a CBS.

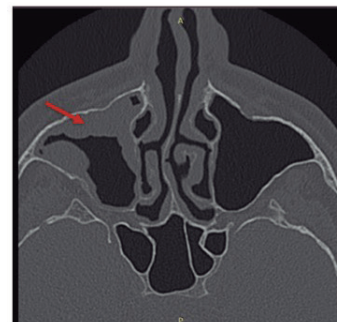


Figura 2 - TC de seios paranasais em corte axial, evidenciando hipertrofia da mucosa do seio maxilar direito

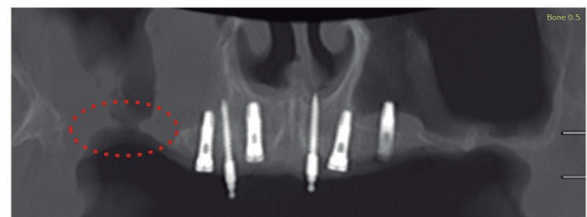


Figura 3 - TC de seios paranasais em corte coronal observando defeito ósseo extenso em destaque

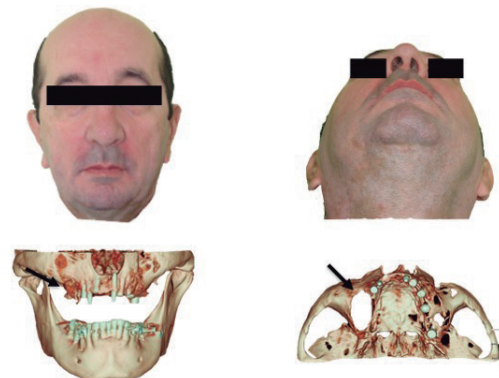


Figura 4 - Reconstrução em 3D em que observa-se a extensão da CBS.

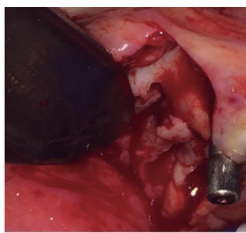


Figura 5 - Exposição da CBS.

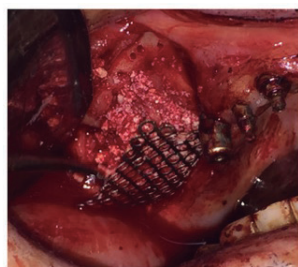


Figura 6 - Inserção do enxerto ósseo particulado (Bio-Osse®) e daptação da tela de titânio (Jeil Medical Corp®).

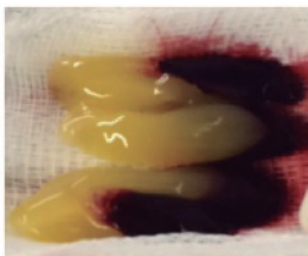


Figura 7 - Membrana de L-PRF® (Fibrina rica em plaquetas e leucócitos - Intra-Lock System).

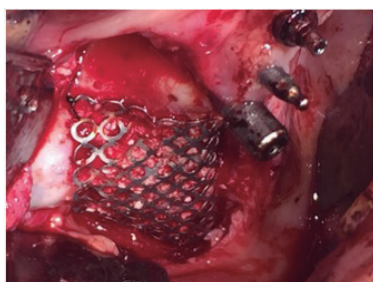


Figura 8 - Aspecto após a fixação da tela de titânio.

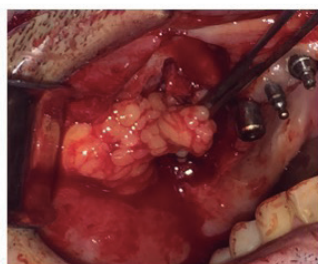


Figura 9 - Exposição da Bola de Bichat



Figura 10 - Aspecto radiográfico após 10 dias de pós-operatório



Figura 11 - Aspecto clínico final após 3 meses de pós-operatório.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de uma CBS envolve a avaliação clínica e exames de imagem do cirurgião-dentista. Clinicamente é recomendado à inspeção visual, palpação alveolar e a manobra de Valsalva, que consiste na expiração nasal forçada para observar a saída via alveolar de ar ou secreção purulenta pela CBS, dependendo da condição existente^{10,18}.

Os exames de imagem avaliados são geralmente a radiografia panorâmica e a TC dos seios da face com reconstrução tridimensional, em que observa-se a descontinuidade da linha radiopaca que delimita o assoalho do seio maxilar afetado em comparação ao lado adjacente e a presença de possíveis corpos estranhos que foram impulsionados para o interior do seio maxilar, como remanescente radicular, brocas, ou o parafuso do implante^{10,19}. Além disso, a TC permite a avaliação dos seios paranasais da face, o que pode contribuir para o diagnóstico da sinusite maxilar por exemplo.

Algumas mínimas desvantagens do uso da Bola de Bichat, é permitir apenas uma utilização, há possibilidade de trismo no pós-operatório, limitação para defeitos pequenos e médios, e não oferece suporte anatômico para a região, sendo comum à escolha de estratégias coadjuvantes^{14,18,20}. As malhas ou telas de titânio podem ser utilizadas em Periodontia, Implantodontia e comumente na Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, assim como no presente caso, em que foi utilizada uma tela de titânio maleável para melhor suporte da Bola de Bichat e do enxerto ósseo, além da reconstrução do assoalho do seio e reanatomização da tuberosidade maxilar.

A Bola de Bichat tem sido utilizada como enxerto para o fechamento de defeitos intrabuciais, como CBS e comunicações buco-nasais, reconstruções pós-ressecção de tumores, reabilitação de pacientes fissurados e pós-trauma, correção estética da face, tratamento de fibrose submucosa bucal e recobrimento de enxertos para implantes^{4-8,20,24}.

O fechamento primário de uma CBS em 48 horas apresenta

um índice de sucesso de 90 a 95%, e regride para 67% quando o fechamento é secundário¹⁵. Dessa forma, foi escolhido o uso da Bola de Bichat no presente caso, em razão de oferecer um procedimento cirúrgico rápido, relativamente fácil e com alto índice de sucesso, devido esta estrutura anatômica possuir elasticidade, excelente suprimento sanguíneo e proteção adequada para uma resposta óssea eficaz^{13-15,20-24}.

Abad-Gallegos et al.²² (2011) avaliaram a efetividade do uso da Bola de Bichat para o fechamento de CBS em 8 pacientes²². Em 4 casos foi utilizado somente o corpo adiposo, 2 casos necessitaram da membrana de colágeno como coadjuvante, 1 caso optou-se apenas pelo enxerto ósseo, porém devido ao resultado desfavorável foi essencial o uso do corpo adiposo num segundo momento, e o último caso foi planejado em aguardar o selamento espontâneo da CBS, o que infelizmente não ocorreu, resultando no posterior uso do corpo adiposo²². Os autores observaram que no acompanhamento de todos os pacientes houve a vedação adequada da CBS, e ressaltaram que a técnica da Bola de Bichat pode ser utilizada com sucesso para defeitos na região palatina ou mucosa oral, encerramento de CBS, e recobrimento de superfícies de enxerto ósseo²².

Na literatura é comprovado o sucesso da Bola de Bichat para o fechamento de CBS, adicionalmente, do ponto de vista clínico o fato desta técnica não interferir na profundidade do sulco vestibular é extremamente satisfatório para o paciente, assim como observado neste caso, visto que evita a necessidade de um segundo procedimento cirúrgico para correções protéticas^{8,20-22}.

CONCLUSÃO

A intervenção multidisciplinar em casos de comprometimento crônico permite a maior previsibilidade de intercorrências e de sucesso pós-operatório. Em adição, a técnica utilizada é uma alternativa indicada para o tratamento de CBS extensas, devido às qualidades da Bola de Bichat e a segurança que a tela de titânio oferece quanto à integridade tecidual no pós-operatório imediato e em longo prazo. No caso relatado não houve complicações, apresentando resultado extremamente satisfatório no período de acompanhamento de três meses.

REFERÊNCIAS

01. Del Rey-Santamaría M, Valmaseda EC, Berini LA, Gay CE. Incidence of oral sinus communications in 389 upper thirrmolar extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11(4): 334-8.
02. Ericson S, Finne K, Persson G. A clinical-radiographic review of treated oro-antral communications. *Int J Oral Surg*. 1973; 2(5): 185-91.
03. Killey HC, Key LW. An analysis of 250 cases of oro-antral fistula treated by buccal flap operation. *Oral Surg Oral Med Oral Path*. 1967; 24(6): 726-39.
04. Hernando J, Gallego L, Junquera L, Villarreal P. Oroantral communications. A retrospective analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15(3): 499-03.
05. Peterson JL, Ellis E, Hupp RJ, Tucher RM. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan; 2000. p. 470-7.
06. Abuabara A, Cortez AL, Passeri LA, de Moraes M, Moreira RW. Evaluation of different treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2006; 35(2): 155-8.
07. Garcia RR, Rabelo LRS, Moraes M, Moreira RWF, Albergaria-Barbosa JR. Utilização de enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha no tratamento de comunicações oro-antrais. *Rev Port Estomat, Med Dent e Cir Maxilofac*. 2000; 41:17-24.
08. Hanazawa Y, Itoh K, Mabashi T, Sato K. Closure of oroantral communication using a pedicled buccal fat pad graft. *J Oral Maxillofac Surg*. 1995; 53(7): 771-5.
09. Schuschardt K. Treatment of oro-antral perforations and fistulae. *Int Dent J*. 1955; 5:159-65.
10. Saad Neto M, Callestini EA. Tratamento Imediato de comunicação buco-sinusal com esponja de gelatina. *Rev Reg Araçat APCD*. 1985; 6(1): 35-9.
11. Gregori C. *Cirurgia Buco Dento Alveolar*. 1. ed. São Paulo: Ed Sarvieir; 1998. p. 210-2.
12. Allais M, Maurette PE, Cortez AL, Laureano Filho JR, Mazzonetto R. The buccal fat pad graft in the closure of oroantral communications. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008; 74(5): 799.
13. Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. *J Maxillofac Surg*. 1977; 5: 241-44.
14. Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. *J Oral Maxillofac Surg*. 1986; 44(6): 435-40.
15. Stajčić Z. The buccal fat pad in the closure of oro-antral communications: a study of 56 cases. *J Craniomaxillofac Surg*. 1992; 20(5):193-7.
16. Alkan A, Dolanmaz D, Uzun E, Erdem E. The reconstruction of oral defects with buccal fat pad. *Swiss Med Wkly*. 2003; 133:465-70.
17. Rocha JF, Souza AL, Sanchez MPR, Ribeiro ED, Hochuli-Vieira E. Cierre de fístula buco-sinusal con injerto pediculado de la bola adiposa de Bichat: Protocol propuesto. *Braz J Oral Maxillofac Surg*. 2015; 15(1): 27-32.
18. Graziani M, *Cirurgia bucomaxilofacial*. 8. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1995. p. 401-3.
19. Silveira VM, Netto BA, Cósso MA, Fonseca LC. The computed tomography utilization in the evaluation of the oroantral communication. *Arq Bras Odontol*. 2008; 4(1): 24-27.
20. Rapidis AD, Alexandridis CA, Eleftheriadis E, Angelopoulos AP. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of 15 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2000; 58(2): 158-63.
21. Martin-Granizo R, Naval L, Costas A, Goizueta C, Rodriguez F, Monje F, Muñoz M, Diaz F. Use of buccal fat pad to repair intraoral defects: review of 30 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1997; 35(2): 81-4.
22. Abad-Gallegos M, Figueiredo R, Rodríguez-Baeza A, Gay-Escoda C. Use of Bichat's buccal fat pad for the sealing of orosinus communications. A presentation of 8 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011; 16(2): 214-8.
23. Gallego L, Junquera L, Pelaz A, Hernando J, Megías J. The use of pedicled buccal fat pad combined with sequestrectomy in bisphosphonate-related osteonecrosis of the maxilla. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17(2): 236-41.
24. Deliberador TM, Mendes RT, Storrer CL, Giovanini AF, Zielak JC, Lopes TR. Autogenous Bone Graft Combined with Buccal Fat Pad as Barrier in Treatment of Class II Furcation Defect: A Case Report. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2012; 53(3): 127-32.

ABSTRACT

The orosinusal communication (CBS) is a pathological condition characterized by the access between the oral cavity and the maxillary sinus due to defects in bone and soft tissue, which usually ensures the anatomical separation. The treatment should consider factors such as location, etiology and extension, moreover, the CBS must be diagnosed and treated immediately in order to obtain better prognosis. The objective of this study is to describe the surgical technique for closing a longtime CBS using the Bichat's buccal fat pad, associated with the reconstruction of the maxillary sinus floor using titanium mesh and particulate bone graft. The patient showed a CBS in right side due to a lifting procedure of the maxillary sinus floor and simultaneous implant placement. After previous treatment of chronic sinusitis, was performed intraoral incision

in the alveolar ridge with mucoperiosteal detachment, deepithelization of the CBS, and subsequent suturing of the right maxillary sinus membrane. The reconstruction of the maxillary sinus floor and reshaping of maxillary tuberosity was performed by adapting a flexible titanium mesh, size 1.5mm, with particulate bone graft and membrane L-PRF (Leukocyte- and Platelet-Rich Fibrin). After this, the Bichat's buccal fat pad was moved with caution and sutured the palatal side of the incision, the periosteum was liberated, followed by the flap reposition, and suturing of the incised mucosa. This technique is a safe alternative, indicated in cases of extensive bone defects of CBS, showing extremely satisfactory result with three months follow-up.

KEYWORDS: Maxillary Sinus; Oral Fistula; Maxillary Sinusitis; Fat Body.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Prof. Dr. Guilherme Romano Scartezini
Rua: T-55 esquina c/ Rua 15, nº199, Setor Marista
CEP.: 74150320, Goiânia-GO
E-mail: g_scartezini@yahoo.com.br