

*Relato de caso*

# Fechamento de fístula buco-sinusal com enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha

Vigolvino Pereira Pinto Neto <sup>1</sup>, Mateus Araújo Andrade <sup>2</sup>, Amaro Lima Filho <sup>2</sup>, Ana Caroline Rodrigues <sup>2</sup>, Lívia da Silva Pereira <sup>2</sup>, Maria Luiza Dantas da Silva <sup>2</sup>, André Lustosa de Souza <sup>1</sup>, George Borja de Freitas <sup>1</sup>, José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo Filho <sup>1</sup>, Lúcio Flávio de Assis Arruda <sup>1</sup>, Rômulo Vinícius Trigueiro Monteiro <sup>1</sup>, Tiago Virgílio Fernandes <sup>3</sup>, Julierme Ferreira Rocha <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Centro Universitário de Patos, UNIFIP, Patos, PB, Brazil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Campina Grande, UFCG, Campina Grande, PB, Brazil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Paraíba, PB, Brazil.

\* Correspondência: vigozinhosanfoneiro@hotmail.com.

**Resumo:** A comunicação buco-sinusal é uma ocorrência comum, caracterizada pela união do seio maxilar com a cavidade bucal após extrações dentárias superiores posteriores cujas raízes possuem íntima relação com o seio maxilar. Ao epitelizar-se, este trajeto denomina-se fístula buco-sinusal (FBS). Este trabalho relata o fechamento de uma fístula buco-sinusal com enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha (EPCAB). Paciente saudável, feminino, 40 anos, relatou dor no terço médio da face no lado esquerdo após exodontia traumática a um ano. Clinicamente havia alteração mucosa na região do elemento 26 extraído. A TCFC evidenciou uma fístula buco-sinusal de aproximadamente 8 milímetros. Foi proposto o fechamento com EPCAB. Após bloqueio dos nervos alveolares superior, posterior e médio e palatino maior, foi feito um retalho com incisão crestal e duas relaxantes na região entre os elementos 25 e 27. Desepitelizou-se o trajeto da fístula. Após localização do corpo adiposo da bochecha e feita a divulsão, a massa gordurosa foi suturada à margem gengival palatina com fio reabsorvível de seda 4.0. A paciente foi medicada e orientada sobre os cuidados pós-operatórios e, após seis meses, evoluiu sem queixas clínicas. Portanto, o uso do EPCAB para o fechamento da FBS é uma técnica benéfica.

**Citation:** Pinto Neto VP, Andrade MA, Lima Filho A, Rodrigues AC, Pereira LS, da Silva MLD, de Souza AL, de Freitas GB, Araújo Filho JCWP, Arruda LFA, Monteiro RVT, Fernandes TV, Rocha JF. Fechamento de fístula bucosinusal com enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha. Brazilian Journal of Case Reports. 2023 Apr-Jun;03(2):26-30.

Received: 28 October 2022

Accepted: 22 November 2022

Published: 7 February 2023

**Palavras-chaves:** Fístula Bucal; Sinusite Maxilar; Seio Maxilar.

## 1. Introdução

O seio maxilar é uma cavidade pneumática localizada no interior do osso maxilar que apresenta dimensão e formato variável. O assoalho do seio maxilar estende-se pelo rebordo alveolar e apresenta íntima relação com os ápices radiculares dos molares, pré-molares e, eventualmente, dos caninos. Esta proximidade é um fator determinante no aumento do risco de comunicações entre a cavidade oral e o seio maxilar durante procedimentos cirúrgicos e, consequentemente, causando diversas intercorrências [1].

A comunicação buco-sinusal (CBS) é uma complicação relativamente comum relacionada com seio maxilar e indicam o acesso anormal entre o seio maxilar e a cavidade bucal. Essas conexões abertas acontecem durante extrações dentárias, quando o ápice do dente apresenta uma íntima relação com a cavidade do seio maxilar. Quando a CBS persiste e é revestida por epitélio passa a ser denominada de fístula buco-sinusal (FBS) [2].

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 obter melhor prognóstico e evitar agravos como a sinusite maxilar. Caso o diâmetro da CBS seja inferior a dois milímetros, o tratamento mais indicado é a estabilização do coágulo e preservação



**Copyright:** This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

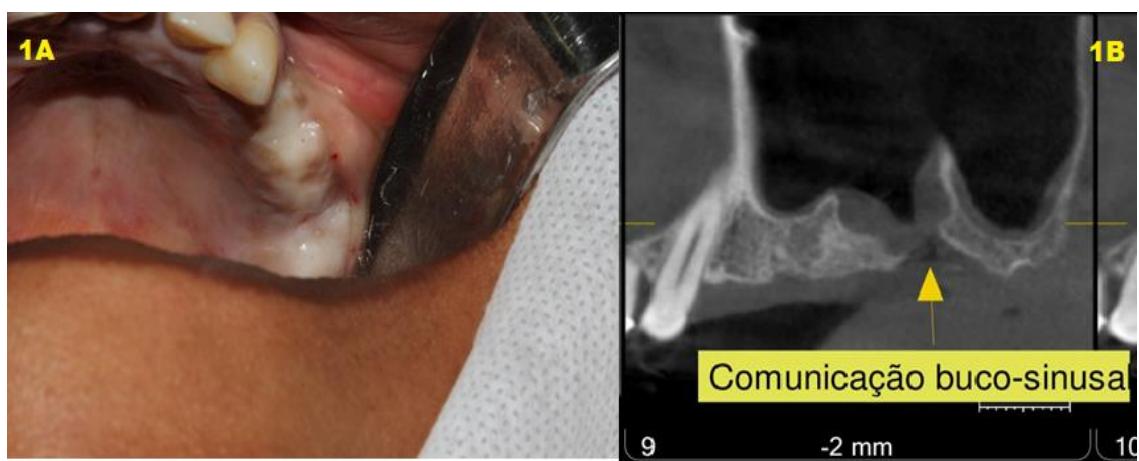
dele no local, com intuito de promover o fechamento de forma espontânea. Quando a extensão for igual ou superior a três milímetros de diâmetro, ou apresentar processo inflamatório ou infecioso relacionado ao período existente da CBS, deve-se realizar o procedimento cirúrgico. Vale ressaltar que a persistência da CBS pode estar associada ao desenvolvimento de sinusopatias, sendo necessário o tratamento deste quadro para que, então, possa se proceder à cirurgia de fechamento do defeito [3].

A utilização de retalhos locais (vestibulares e/ou palatinos), retalhos deslizantes, sutura das bordas, enxertos e a manipulação do corpo adiposo da bochecha são técnicas cirúrgicas relatadas na literatura para o fechamento de comunicações buco-sinusais. O corpo adiposo da bochecha, conhecido como bola de *Bichat*, foi descrito pela primeira vez em 1977 em reconstruções orais como enxertos pediculados. Posteriormente, um estudo apresentado por Tideman et al. [4], concluiu bons resultados sobre o uso de enxerto pediculado com o corpo adiposo da bochecha para o tratamento de defeitos causados por tumores malignos. Apenas em 1995, Hanazawa et al. mostraram resultados satisfatórios obtidos com uso da bola de *Bichat* sem recobrimento para fechamento de 13 casos de CBS, variando de 8 a 20 mm de diâmetro [3]. 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, derivado das artérias maxilar, temporal e facial, minimizando o risco de necrose tecidual [5].

O presente trabalho relata um caso clínico de fechamento de fístula buco-sinusal com enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha.

## 2. Relato de Caso

Paciente do gênero feminino, saudável, 40 anos, compareceu a clínica escola de odontologia da UNIFIP, na cidade de Patos-PB, com queixa de dor em terço médio da face do lado esquerdo. Clinicamente, havia uma pequena alteração na mucosa da região do dente 26 que fora extraído, assim como os demais molares. A paciente referiu história de exodontia traumática na região (Figura 1A). Para confirmar o diagnóstico, foi solicitado uma tomografia computadorizada de feixe cônico onde se evidenciou um defeito ósseo de 8 mm (Figura 1B).



**Figure 1.** A. Aspecto inicial do defeito do rebordo alveolar caracterizando a FBS. B. Exame de imagem (Tomografia computadorizada de cone bean – Região posterior esquerda da maxila - Corte sagital).

Foi proposto à paciente o fechamento da FBS por meio de um enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha. No pré-operatório foi prescrito amoxicilina 875mg associada

ao clavulanato de potássio de 125mg de 12 em 12 horas. A paciente iniciou o uso da medicação 5 dias antes do ato cirúrgico.

No trans-operatório foi feita a anestesia dos nervos Alveolar Superior Posterior e Médio e do Palatino Maior. Uma incisão de Newmann foi realizada para expor o trajeto fistuloso (Figura 2A). Após fistulectomia, foi realizada uma incisão periosteal na altura do pilar zigomático com divulsão tecidual e exposição do corpo adiposo da bochecha que foi tracionada para o local da comunicação. Foi feita a sutura do tecido gorduroso na margem palatina e, em seguida, o retalho foi reposicionado de tal maneira que a gordura ficou parcialmente exposta na cavidade oral (Figura 2B).

A paciente foi orientada a usar amoxicilina 875mg associada ao clavulanato de potássio de 125mg a cada 12 horas durante 7 dias, nimesulida 100mg a cada 12 horas por 3 dias e dipirona de 500mg de 6 em 6 horas durante 3 dias. No pós-operatório de seis meses a paciente evoluiu de maneira satisfatória sem queixa clínica e sem perda de profundidade de fundo de sulco (Figura 3).



**Figure 2.** A. Exposição da FBS. B. Sutura do tecido gorduroso na margem palatina e em seguida o retalho foi reposicionado, a gordura ficou exposta na cavidade oral.



**Figure 3.** A. Exposição da FBS. B. Sutura do tecido gorduroso na margem palatina e em seguida o retalho foi reposicionado, a gordura ficou exposta na cavidade oral.

### 3. Discussion and conclusions

As comunicações bucosinusais ou oro-antrais ocorre por uma abertura patológica entre a boca e o seio maxilar. Se não reparada espontaneamente, essa comunicação torna-se crônica e leva a formação de uma fistula bucosinusal [6]. A relação de proximidade dos dentes superiores posteriores com o seio maxilar se dá na seguinte ordem crescente: segundos molares, primeiros molares, terceiros molares, segundos pré-molares e primeiros pré-molares. Entretanto, o local de maior prevalência de CBS ou FBS ocorre na região dos elementos 16 e 26. Isso pode ser explicado pelo fato que esse é o dente mais removido na prática clínica cirúrgica odontológica [7, 8].

O planejamento cirúrgico para exodontia deve ser obtido com base no exame clínico e radiográfico do paciente com a finalidade de sucesso do tratamento. Para visualizar a relação entre o ápice dentário e o assoalho da cavidade sinusal, radiografias intrabuccais seguem como sendo primeira escolha, porém não se descarta o uso da tomografia computadorizada por feixe cônico para auxiliar o profissional em sua conduta [9]. Previamente ao fechamento da FBS é fundamental se reestabelecer a homeostasia do seio maxilar. Diversas condutas são realizadas com este propósito. O emprego de antibióticos no pré-operatório é fundamental nesse contexto podendo se associar a irrigações nasais com agentes mucolíticos [8]. A amoxicilina associada ao clavulanato de potássio é o antibiótico de escolha para os procedimentos que abordam o seio maxilar. Em caso de alergia, o antibiótico de escolha é o levofloxacino.

As FBS de pelo menos 3 mm de diâmetro ou associadas a sinusite maxilar podem persistir e o fechamento cirúrgico é recomendado [10]. Vários métodos para o fechamento das FBS têm sido relatados na literatura tais como o deslizamento do retalho vestibular, a rotação do retalho palatal, o enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha, o uso de enxertos ósseos e implantes de materiais aloplásticos [11]. No caso reportado a FBS media cerca de 8mm e foi proposto o fechamento por meio da técnica cirúrgica utilizando o enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha. A técnica de fechamento das FBS com o enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha tem como vantagens a fácil execução, devido ao seu posicionamento anatômico, a mínima taxa de insucesso, a ausência da necessidade de remoção de osso para execução da técnica e não interfere com a profundidade do sulco vestibular [12].

No caso clínico reportado, optou-se por utilizar a técnica por meio do enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha. Acredita-se que a alta vascularização do corpo adiposo da bochecha contribui para a elevada taxa de sucesso da técnica. Em seu trabalho, Rocha et al. (2015) [8], demonstrou um caso de sucesso ao usar a técnica do EPCAD para fechamento de uma fistula bucosinusal na região do dente 26. Entretanto, observou-se no pós-operatório tardio perda da profundidade de fundo de sulco. Buscando eliminar este prejuízo, no presente relato, o corpo adiposo da bochecha foi exposto parcialmente na cavidade oral. O controle pós-operatório rigoroso e a excelente higienização da paciente foram fundamentais para o sucesso do tratamento. Isto posto, pode-se concluir que o uso do enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha é uma técnica previsível, de fácil execução e de alta taxa de sucesso.

**Financiamento:** Nenhum.

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa:** Ninham.

**Agradecimentos:** Nenhum.

**Conflitos de interesse:** Os autores declararam não haver conflito de interesses.

### Referências

1. Dos Anjos FN, De Melo MC, Leite IF, De Melo DP, Lucas LD, De Macedo LF, Cavalcanti TC. Abordagem cirúrgica de fechamento de fistula buco-sinusal pela técnica do retalho vestibular: relato de caso. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 23 out 2019;(29):e1557.

2. Silva JM, Pereira RD, E Silva LS, Da Rocha WG, Dos Santos WB, Veloso Soares WM, Mello de Almeida CS, Campos Ramos CE, Cavalcanti LR, Cavalcanti TC. Tratamento cirúrgico da comunicação buco-sinusal ocorrida durante a exodontia para reabilitação com prótese dentária: relato de caso. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 23 jan 2020;(39):e2127.
3. Scartezini GR, Oliveira CFP. Fechamento de comunicação buco-sinusal extensa com bola de bichat: relato de caso. Revista Odontológica do Brasil Central. 27 abr 2016; 25(74).
4. Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. Jun 1986; 44(6):435-40.
5. Queiroga TA, Medeiros RS, de Freitas GB, Bernardino IM, Júnior JWNR, Rocha JF. Prevalência de comunicação buco-sinusal em exodontias de terceiros molares. The Open Brazilian Dentistry Journal. 29 mar 2020; 1(1):119-131.
6. Da Mota ICLD. Tratamento cirúrgico simultâneo da comunicação oroastral e da sinusite maxilar odontogénica-revisão bibliográfica. 2016.
7. Freitas T, Farias JG, Mendonça RG, Alves MF, Ramos Junior RP, Câncio AV. Fístulas oroastrais: diagnóstico e propostas de tratamento. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 69, p. 838-844, 2003.
8. Rocha JF, Souza AL, Sanchez MPR, Ribeiro ED, Vieira EH. Cierre de fistula buco-sinusal con injerto pediculado de la bola adiposa de Bichat: Protocol propuesto. Revista de Cirugia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. 19 mar 2015; 15(1):27-32.
9. Souza, TR. Comunicação buco-sinusal: manejo clínico à abordagem cirúrgica. 2018.
10. Manuel S, Kumar S, Nair PR. The versatility in the use of buccal fat pad in the closure of oro-antral fistulas. Journal of maxillo-facial and oral surgery. 07 jul 2015; 14(2):374-377.
11. Magro Filho O, Garbin Junior EA, Ribeiro Junior PD, Felipetti FA. Fechamento de fistula buco-sinusal usando tecido adiposo bucal. Revista Odontológica do Brasil Central. 25 out 2010; 19(50):275-279.
12. Amorim AV, Souza JA, Souza Júnior FA, Brito PH, Laffitte CM, Lemos EA, Crispim LD, Rocha SO, Pereira GM, Souza Júnior FD. Fechamento de comunicação bucosinusal com bola de bichat: relato de caso. Research, Society and Development. 25 dez 2020; 9(12):e30291211271.