

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

VINICIUS MATHEUS DE OLIVEIRA

COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL E BOLA DE BICHAT

BAURU-SP
2019

VINICIUS MATHEUS DE OLIVEIRA

**COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL E BOLA DE BICHAT:
RELATO DE CASO**

Relatório final, apresentado a UniSagrado, como parte das exigências para a obtenção do título de Cirurgião Dentista, Sob Orientação do Prof. Dr. Marcelo Munerato

BAURU-SP
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

O48c

Oliveira, Vinicius Matheus de

Comunicação buco sinusal e fechamento com bola de bichat /
Vinicius Matheus de Oliveira. -- 2019.

21f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Salles Munerato

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) -
Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

1. Odontologia. 2. Cirurgia . 3. Dente . 4. Seio maxilar. I.
Munerato, Marcelo Salles. II. Título.

VINICIUS MATHEUS DE OLIVEIRA

COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL E BOLA DE BICHAT: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista, sob orientação da Prof. Dr. Marcelo Munerato.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Munerato
Universidade Sagrado Coração

Prof. Dr. Leandro Holgado
Universidade Sagrado Coração

Prof. Dr. Aparicio Dekon
Universidade Sagrado Coração

Bauru, 4 de Dezembro de 2019

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso à Deus que sempre esteve presente nos meus dias me dando força e me mostrando que caminho tomar durante essa jornada, à minha família e amigos por todo o apoio e suporte.

AGRADECIMENTOS

A princípio, agradeço imensamente a **Deus** por nunca me abandonar, mesmo quando as dificuldades pareciam ser maiores que a capacidade de resolução, por me dar forças para continuar e persistir até o fim, me mostrando que tudo era possível.

A minha família, meu pai **Marcos Aparecido de Oliveira** e minha mãe **Dalila Cristina Bonome de Oliveira** que nunca mediram esforços para que pudesse realizar este sonho, me deram apoio, suporte, amor, força e foram a minha base e o meu porto seguro durante toda a caminhada. Dedico esse trabalho a vocês, por toda a confiança depositada. Aos meus amigos, que durante os quatro anos de curso estiveram junto comigo, sem vocês teria sido muito mais difícil, obrigado por todos os momentos que passamos juntos, toda paciência, companheirismo, ajuda, conhecimento compartilhado, levarei vocês para sempre na memória e no coração.

A todos os **professores**, me sinto honrado pela oportunidade de tê-los como mestres, obrigado por todo o conhecimento passado, por toda a paciência, experiência, motivação e principalmente pelo respeito na forma como sempre me trataram e ensinaram. A meu orientador **Prof^a. Dr^a. Marcelo Munerato** por todo o conhecimento transmitido, paciência e disponibilidade sempre que precisei. Foi uma honra tê-la como orientadora! Agradeço à **Prof^a. Dr^a. Leandro Holgado** e **Aparicio Dekon**, pelo suporte nas clinicas e em sala de aula e por me avaliarem.

RESUMO

A comunicação buco-sinusal é uma condição patológica que se dá através da comunicação do meio bucal com o seio maxilar, devido ao defeito em tecido ósseo e tecido mole, que normalmente garantem esta separação anatômica, além das falhas anatômicas, extrações dentárias, também podem causar essa patologia. Seu tratamento deve ser imediato e considerar alguns fatores, como pré-disposição, localização, idade do paciente, condição social, afim de descobrir o melhor prognóstico para cada caso. O presente trabalho refere-se à introdução do tamponamento de comunicação buco-sinusal com o uso da bola de bichat, de uma comunicação de longa data. A bola de Bichat é uma estrutura que se encontra na face nas regiões das bochechas. Consiste em um acúmulo de gordura que existe em todas as pessoas. Algumas, no entanto podem apresentar uma quantidade maior desta gordura o que pode ser de aspecto genético ou ser devido ao excesso de peso global da pessoa, esse acúmulo causa um formato arredondado à face.

Palavras-chave: Odontologia. Buco-sinusal. Fistula. Bola de Bichat.

ABSTRACT

Oro-Antral communication is a pathological condition that occurs through the communication of the oral cavity with the maxillary sinus, due to a bone and soft tissue defect, which usually guarantee this anatomical separation, besides anatomical failures, dental extractions can also cause this pathology. Its treatment should be immediate and consider some factors, such as disposition, location, patient age, social condition, in order to find the best prognosis for each case. This work refers to the treatment of oro-antral communication using the Bichat Bags for buffering, in this case, a long-time communication. The Bichat Bags are a structure located in the face in the region of the cheeks. It consists of an accumulation of fat that exists in all people. Some, however, may have a higher amount of this fat which may be genetic or due to the overall weight of the person, this accumulation gives a rounded shape to the face.

Keywords: Dentistry. Oro-Antral. Fistula. Buccal Fat Pad.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Exame clínico após a exodontia do primeiro molar direito com a suspeita de comunicação buco-sinusal.....12
- Figura 2 - Radiografia panorâmica constatando que havia uma perda de continuidade da linha radiopaca do assoalho e o velamento do seio maxilar direito, comprovando a comunicação do seio com o meio bucal.....13
- Figura 3 - Recorte periapical de tomografia computadorizada, confirmando a comunicação.....13
- Figura 4 - Retalho total, expondo o corpo adiposo bucal. E tracionando para o alvéolo.....14
- Figura 5 - Fixação do corpo adiposo no alvéolo através de sutura em massa.....14
- Figura 6 - Sutura do tecido gengival, recobrimdo o corpo adiposo e finalização da cirurgia.....15
- Figura 7 - Avaliação clinica após 10 dia do procedimento cirúrgico.....**Erro! Indicador não definido.5**
- Figura 8 - Avaliação clinica de controle, após 30 dias.....**Erro! Indicador não definido.6**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.	09
2 OBJETIVO		11
3 ESTUDO DO CASO		13
4 DISCUSSÃO		17
5 CONCLUSÃO		19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		20

1 Introdução

O seio maxilar, o maior dos seios paranasais, é um espaço pneumático contido no interior do osso maxilar bilateralmente. O seu grande volume associado à fragilidade capilar e à proximidade com os ápices de alguns dentes superiores permitem que, em algumas circunstâncias, formasse um acesso direto entre este e a cavidade bucal chamada comunicação buco-sinusal. Quando tal canal de acesso entre as cavidades se encontra revestido por tecido epitelial, oriundo da proliferação dos tecidos que circundam a comunicação, a mesma passa a se chamar fístula buco-sinusal (Rezende, Heitz).

As fístulas buco-sinusais são resultado de patologias, trauma ou cirurgias menores, porém a causa mais comum é a extração dos molares superiores devido à proximidade anatômica entre as raízes com o seio maxilar. Dentre as causas está a curetagem dos alvéolos após extração, remoção cirúrgica de dentes inclusos, fraturas de tábuas ósseas vestibulares ou durante enucleação de cistos ou tumores em íntima relação ao seio maxilar. Quando as fistulas superam os 3mm ou existe inflamação ou infecção no seio maxilar ou na região periodontal, é necessário o uso de alguma técnica cirúrgica para seu fechamento (M. Allais, et al).

O apoio incorreto dos instrumentais cirúrgicos, como a alavanca, pode levar ao deslocamento do elemento dental durante a exodontia, causando não só uma comunicação buco-sinusal, mas também a entrada do dente para o interior do seio maxilar. O diagnóstico é realizado através de métodos clínicos, radiográficos e endoscopia. Para uma análise criteriosa, pode-se tornar necessária a realização de tomografias computadorizadas para avaliar adequadamente a região sinusal. Apenas o fechamento da fístula buco-sinusal não é indicativo de sucesso, independentemente do retalho realizado, pois é sabido que as condições do seio maxilar serão fundamentais, pois este na maioria das vezes apresenta-se com infecções agudas ou crônicas e com drenagem de secreção purulenta (Tarsila M. C. Freitas, et al).

São prescritas irrigações diárias do seio maxilar com soro fisiológico 0,9% associado à água oxigenada 10 volumes ou água destilada, instilação nasal e inalação, melhorando dessa forma a drenagem do seio e a condição clínica do mesmo. O emprego de antibióticos específicos será importante para o tratamento devendo ser mantido até a infecção controlada. Após esses procedimentos quando

o seio maxilar se apresentar clinicamente sadio, sem secreção purulenta será possível o fechamento plástico. Vários tipos de retalho podem ser usados, desde retalhos rotatórios palatinos e vestibulares deslizantes até retalho de gordura bucal e de língua.

O uso do corpo adiposo bucal (CAB) como enxerto pediculado tem conquistado seu espaço na área da cirurgia buco-maxilo-facial por ser um procedimento cirúrgico rápido, relativamente simples e com alto índice de sucesso (M. Allais, et al). O alto índice de sucesso e a facilidade de realização do procedimento cirúrgico de fechamento de defeitos bucais com o corpo adiposo de Bichat tem tornado a sua aplicação bem indicada (Felipe Ladeira Pereira, et al). Com relação aos fatores etiológicos, a abertura do seio maxilar frequentemente é realizada acidentalmente durante extrações dentárias.

O tratamento da comunicação buco-sinusal utilizando o tecido adiposo bucal (Bola de Bichat) é um método eficaz, com alto índice de sucesso, seguro, mínimo risco de infecção e apresenta suprimento sanguíneo abundante e a cirurgia é de fácil acesso. O paciente tem um pós-operatório mais confortável pois não altera a profundidade do sulco vestibular.

2 OBJETIVOS

- Os principais aspectos relacionados à Comunicação Buco-sinusal e Bola de Bichat.
- Definições da Comunicação Buco-sinusal e fechamento com Bola de Bichat.
- Formas de diagnóstico da Comunicação Buco-sinusal.

3 RELATO DE CASO

Paciente leucoderma, gênero masculino, apresentou-se a clínica de Estágio supervisionado de Integrada da Universidade Sagrado Coração, queixando-se de sintomatologia dolorosa na região de seio maxilar. O paciente relatou que na mesma semana, havia realizado exodontia de primeiro molar do lado superior direito pois o dente estava 'podre' segundo relata o mesmo. Depois do depoimento do mesmo, ele foi encaminhado para o curso de extensão de cirurgia bucal. Chegando lá foi realizado uma radiografia panorâmica e uma periapical, onde foi constatado que havia uma perda de continuidade da linha radiopaca do assoalho e o velamento do seio maxilar direito.

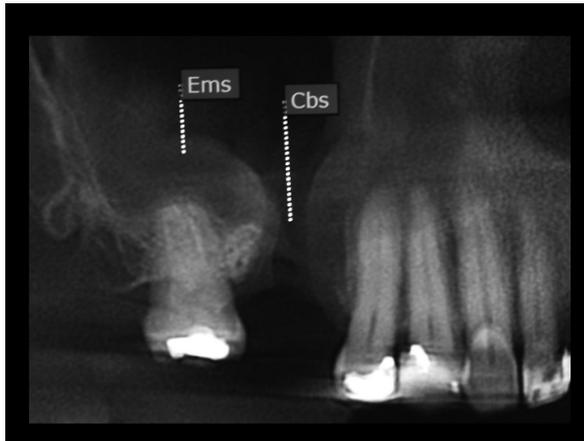
Figura 1 - Aspecto inicial do caso. Exame clínico após a exodontia do primeiro molar direito com a suspeita de comunicação buco-sinusal.



Figura 2 - Radiografia panorâmica constatando que havia uma perda de continuidade da linha radiopaca do assoalho e o velamento do seio maxilar direito, comprovando a comunicação do seio com o meio bucal.



Figura 3 - Recorte periapical de tomografia computadorizada, confirmando a comunicação.



Após a consulta inicial, preenchimento da anamnese e radiografias necessárias, foi realizada a avaliação do caso para definir a melhor técnica cirúrgica. Feito isso, foi realizada a manobra de valsava (compressão das narinas com os dedos, assoprando-o) para verificar se tinha comunicação buco-sinusal e foi constatado que havia a ligação do meio bucal com a cavidade do seio porque havia uma saída de ar na área. Foi planejado a remoção do corpo adiposo bucal e depois o tamponamento da comunicação com a Bola de Bichat (corpo gorduroso da bochecha).

O plano de tratamento proposto foi o fechamento da Comunicação buco-sinusal, por meio do corpo adiposo bucal localizado na bochecha. A anestesia foi realizada por bloqueio do palatino maior, dos nervos alveolares superiores posteriores direito e alveolar superior médio. Foi feita a incisão, na mucosa alveolar, foi realizado uma divulsão com ponta romba para exposição e liberação do tecido gorduroso no qual seria utilizado no tamponamento da abertura.

Figura 4 - Retalho total, expondo o corpo adiposo bucal. E tracionando para o alvéolo.



O tecido adiposo removido, foi suturado na borda da mucosa por vestibular e palatina com fio de nylon, realizando o fechando toda a comunicação.

Figura 5 - Fixação do corpo adiposo no alvéolo através de sutura em massa.

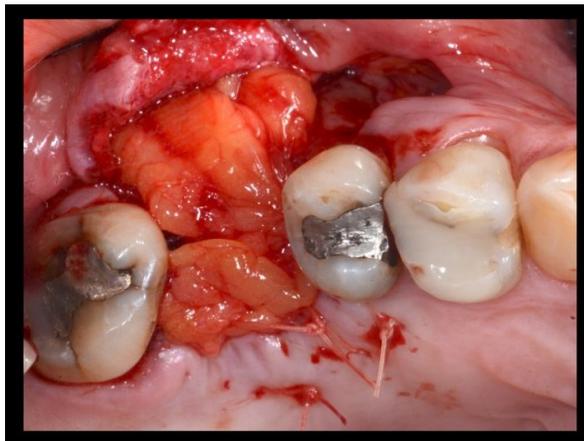


Figura 6 - Sutura do tecido gengival, recobrendo o corpo adiposo e finalização da cirurgia.



Pós-operatório foi prescrito a terapia medicamentosa, com amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas durante 7 dias, Dipirona sódica 500mg de 6 em 6 horas durante 2 dias e Nimesulida 100mg de 12 em 12 horas durante 3 dias. Foi realizado as orientações pós-operatórias, que por 2 semanas ele espirrasse com a boca fechada, não fumasse, não fizesse forças bucais, como sugar canudo, pois essas ações poderiam descolocar os tamponamentos.

Retorno após 7 dias para remoção de sutura. Passados os 10 dias, ele voltou e foi constatado que não havia complicações e que estava em perfeito estado, sem dor, mau hálito e nem passagem de líquido para o seio. Está sendo realizado o controle do paciente trimestralmente, e continua sem complicações.

Figura 7 - Avaliação clínica após 10 dia do procedimento cirúrgico.



Figura 8 - Avaliação clínica de controle, após 30 dias do procedimento. Obtendo êxito no planejamento proposto.



4 DISCUSSÃO

A bola de Bichat ou corpo adiposo bucal tem a função de preencher o espaço mastigatório, agindo como um amortecedor dos músculos mastigatórios. Contribui na morfologia da face (Pereira, F.L. et al). A função do corpo adiposo bucal é auxiliar na sucção em crianças e recém-nascidos, no adulto acredita-se que possua função lubrificante já que se localiza entre músculos mastigatórios (Loh e Loh, 1991; Hanazawa et al, 1995; Martín-Granizo et al, 1997; Baumann e Ewers, 2000; Garcia et al., 2000; Raldi, Sardinha e Albergaria-Barbosa, 2000).

O corpo adiposo da bochecha é uma estrutura arredondada e biconvexa, revestida por uma delgada cápsula de tecido conjuntivo e consiste no corpo central e em quatro processos bucal, pterigóide, pterigopalatino e temporal (Tideman et al, 1986; Samman et al, 1993; Hanazawa et al, 1995; Zhang et al, 2002).

A extensão pterigóide passa abaixo e atrás da superfície lateral da face pterigóide e a extensão temporal passa abaixo do arco zigomático (Zhang et al, 2002; Dolanmaz et al, 2004).

Devido sua localização anatômica e suprimento sanguíneo o corpo adiposo bucal possibilita características favoráveis para reconstrução de defeitos intraorais, especialmente na região posterior da maxila (Loh e Loh, 1991; Hanazawa et al, 1995; Baumann e Ewers, 2000; Raldi, Sardinha e Albergaria-Barbosa, 2000).

A primeira utilização do enxerto pediculado do corpo adiposo bucal como técnica para o fechamento de comunicações buco-sinusais foi realizada por Egyedi em 1977. Stajcic (1992) descreveu o sucesso do uso do corpo adiposo bucal no fechamento de 56 casos de comunicação buco-sinusal e pode confirmar que esse procedimento é seguro e eficiente.

Não é necessário remoção adicional de tecido ósseo e dentes adjacentes, possui uma incidência mínima de insucesso e propicia mínimo de desconforto para o paciente (Hanazawa et al 1995).

As técnicas cirúrgicas convencionais utilizadas para fechamento de fístulas buco-sinusais têm apresentado alguns inconvenientes como diminuição da profundidade do vestibulo, no retalho vestibular e exposição óssea, dor e risco de infecção no retalho palatino, além da reincidência da fístula e insucesso do tratamento (Raldi, Sardinha e Albergaria-Barbosa, 2000).

Segundo Stajcic (1992), a utilização do corpo adiposo bucal não seria considerada apenas a substituição das demais técnicas, como também um método complementar aos casos em que não se obteve sucesso e em pacientes que necessitassem de preparação protética em um menor período possível.

O maior índice de insucesso ocorre em consequência de uma infecção ou necrose do tecido adiposo originada supostamente pela tensão ou manipulação excessiva do mesmo. Deve-se manter a integridade da cápsula que envolve o corpo adiposo para não comprometer a irrigação sanguínea e evitar sua perda na cavidade oral (Garcia et al., 2000). Outra condição que impede o êxito do tratamento é a presença da infecção. Uma comunicação nunca fechará com o antro infectado, principalmente quando há presença de supuração (Graziani, 1995). Pode-se irrigar o seio maxilar diariamente com solução fisiológica até antes a cirurgia (Hanazawa et al, 1995).

Os defeitos orais ideais para receberem a reconstrução com corpo adiposo bucal são: região de pré-molares e molares na maxila, palato mole e palato duro, mucosa jugal e fossa tonsilar, isso porque o corpo adiposo bucal localiza-se no mesmo campo cirúrgico que o defeito a ser coberto, diminuindo assim o risco de infecção (Martín-Granizo et al, 1997).

Tideman et al (1986) relataram que o corpo adiposo da bochecha possui fácil acesso cirúrgico e considerável mobilidade, o que permite seu tracionamento e posicionamento sobre a fístula. O processo de epitelialização é evidenciado na cavidade oral no sétimo dia pós-operatório e é completa na 3ª ou 4ª semana por um processo de metaplasia (Raldi, Sardinha e Albergaria-Barbosa, 2000).

Loh e Loh (1991), afirmam que a utilização do corpo adiposo bucal não causa nenhum defeito facial na região de bochecha ou na boca.

5 CONCLUSÃO

O corpo adiposo bucal quando utilizado, constitui-se num método tecnicamente simples e confiável para a reconstrução de defeitos bucais, em especial, comunicações bucosinusais de tamanhos pequenos e médios. Pode ser empregado na região do palato mole até a região do canino e ser utilizado juntamente com outros retalhos miofasciais, sem necessidade de segundo tempo cirúrgico e com pós-operatório confortável para o paciente, quando comparado com outras técnicas. (Pereira, F.L. et al)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Oliveira, R.S.; Costa, R.O.; Carvalho Neto, L.G.; Araújo, F.F. **Aplicação da Técnica Cirúrgica de Caldwell-Luc para Remoção de Corpo Estranho do Seio Maxilar: Relato de Caso.** J Health Sci Inst 2010;28(4):318-20

Cunha, G.; Costa L.G.; Gabrielli, M.A.C.; **Comunicação buco-sinusal: do manejo clínico a abordagem cirúrgica.** Rev. odontol. UNESP, vol.46, nEspecial, p.0, 2017.

Magro, O.F.; Garbin Jr, E.A.; Ribeiro Jr, P.D; Felipetti, F.A.; **Fechamento de fistula buco-sinusal usando tecido adiposo: relato de caso,** v.19 n.50 (2010): ROBRAC

Scartezini, G, F; Oliveira, C. F.P; **FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL EXTENSA COM BOLA DE BICHAT: RELATO DE CASO,**

<<https://robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1051/883>>

Freitas, T.M.C.; Farias, J.G.; Mendonça, R.G.; Alves M.F.; Ramos Jr. R.P.; Câncio A.V.; **Fístulas oroantrais: diagnóstico e propostas de tratamento;** Ver. Bras. Otorrinolaringol. V.69, n.6, 838-44, nov./dez. 2003

Allais, M.; Maurette, P.E.; Cortez, A.L.V.; Laureano Filho, J.R.; Mazzonetto, R.; **The buccal fat pad graft in the closure of oroantral communications;** Rev Bras Otorrinolaringol 2008;74(5):799.

Pereira F.L.; Farah G.J.; Passeri L.G.; Pavan A.J.; **Aplicação do Corpo Adiposo Bucal para o Encerramento de Fístula Bucosinusal. Relato de Caso;** Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2004;45:221-226.

Egyedi, P.; **Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications;** Journal of Maxillofacial Surgery Volume 5, 1977, Pages 241-244.

Krause, C.F., Pruzzo, C.E., Fonseca, A.X.; **Manejo quirúrgico de la fístula oroantral;** Rev otorrinolaringo Cir cabeza cuello 1999;59(2):101-7

Tideman, H.; Bosanquet, A.; Scott, J.; **Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. J Oral Maxillofac Surg** 1986; 44: 435-40.

EL-HAKIM, I.E.; EL-FAKHARANY, A.M. **The use of the pedicled buccal fat pad (BFP) and palatal rotating flaps in closure of oroantral communication and palatal defects.** J Laryngol Otol, v. 113, p. 834-8, 1999.

PETERSON, J.L.; ELLIS, E.; HUPP, R.J.;TUCHER, R.M. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 470-7, 2000.

RALDI, F.V.; SARDINHA, S.C.S.; ALBERGARIA-BARBOSA, J.R. **Fechamento de comunicação buccossinusal usando enxerto pediculado com corpo adiposo bucal**. Rev Bras Odont, v. 7, p. 60-3, 2000.