

Bola de Bichat para tratamento de fístula buco-sinusal: relato de caso

Bichat ball for the treatment of buco-sinusal fistula: case report

RESUMO

Introdução: O seio maxilar possui íntima relação com os molares e, por esse motivo, após a extração desses elementos, pode ocorrer comunicação entre as cavidades bucais e sinusais. Quando o canal que possibilita a comunicação entre as cavidades é revestido por epitélio, chamamos de fístula buço-sinusal. O diagnóstico se dá por meio dos aspectos clínicos e radiográficos. O tratamento deve ser imediato, para que ocorra fechamento espontâneo. O objetivo deste trabalho é discutir um fechamento de Fístula Buco-Sinusal com tratamento expectante do seio maxilar e manejo cirúrgico associado à sinusite. **Relato de caso:** Homem, 33 anos, compareceu à FOP-UPE relatando incômodo ao ingerir alimentos e história de exodontia traumática do elemento 17 há 1 ano. Ao exame intra-oral, observou-se a presença da fístula na região da exodontia e, ao exame tomográfico, foi observada radiopacidade em seio maxilar, sugerindo fenestração óssea e sinusite, respectivamente. Iniciou-se antibioticoterapia e descongestionante nasal para sinusite e posterior cirurgia de fechamento da fístula buco-sinusal com uso da bola de Bichat. O manejo adequado é essencial no sucesso terapêutico da fístula. Além disso, a avaliação clínica e a radiográfica auxiliam na sua prevenção. **Considerações Finais:** Nosso caso concordou com a literatura, demonstrando que o uso da bola de Bichat é um método simples, conveniente e confiável para a reconstrução de defeitos intra-orais de pequeno a médio porte.

Palavras-chaves: Fístula buco-sinusal; Sinusite Maxilar; Profilaxia antibiótica; Antibioticoterapia.

Caroline Brígida Sá Rocha

Cirurgiã-dentista pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

Mateus Barros Cavalcante

Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC/UPE

Caio Pimenteira Uchôa

Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC/UPE

Emanuel Dias de Oliveira e Silva

Chefe do Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC/UPE

Iale Marcielle Pereira Marcelino

Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Caroline Brígida Sá Rocha
Rua Torres Homem, 633 – Várzea
Recife – PE, Brasil
CEP: 50810-040 / Telefone: +55 81
995212830.
E-mail: caroline.bsrocha@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: The maxillary sinus has a relation with the molars, for this reason, after extraction of these teeth can occur communication between buccal and sinus cavities. When the channel that allows the communication between the cavities is coated epithelium, we diagnose oroantral fistula. The diagnosis is made through clinical and radiographic aspects. Treatment should be immediate so that spontaneous closure occurs. The objective of this study is to discuss a closure of Buco-Sinus Fistula with expectant treatment of the maxillary sinus and surgical management associated with sinusitis. **Case report:** Man, 33 years old, attended FOP-UPE reporting discomfort when eating food and history of traumatic exodontia of element 17, 1 year ago. The intra-oral examination revealed the presence of the fistula in the region of the exodontia and at the tomographic examination radiopacity was observed in the maxillary sinus, suggesting bone fenestration and sinusitis, respectively. Antibiotic therapy and nasal decongestant for sinusitis and subsequent closure of the buco-sinus fistula with Buccal Fat were started. Adequate management is

essential for the therapeutic success of the fistula. In addition, clinical and radiographic evaluation helps to prevent. Final considerations: Our case corroborates the literature, showing that the use of the bichat ball is a simple, convenient and reliable method for the reconstruction of small to medium sized intraoral defects.

Key-words: Buco-sinus fistula; Maxillary Sinusitis; Antibiotic prophylaxis; Antibioticotherapy.

INTRODUÇÃO

A comunicação buco sinusal é uma complicação, que pode ocorrer em cirurgias de molares superiores, causando uma ruptura do revestimento do seio, defeito ósseo e abertura do tecido gengival, que precisam ser fechados e completamente isolados do ambiente oral e do tecido adjacente. Essa ruptura das três camadas faz com que haja um meio de comunicação entre a cavidade oral e a cavidade do seio maxilar¹.

Após instalada, a complicação buco-sinusal pode possuir seu tratamento espontâneo em até 48 horas, quando a cavidade apresentar menos que 2 mm de tamanho. Nos casos em que há um maior diâmetro, é necessário o tratamento cirúrgico. Quando não diagnosticada precocemente, essa comunicação pode desencadear um processo de fistulação, podendo ou não estar associada à sinusite crônica do seio maxilar, que é identificada a partir da ortopantomografia como opacificação em região de seio². Além do exame por imagem, essa alteração do seio pode ser diagnosticada por meio da anamnese, quando o paciente se queixa de dor facial e dores de cabeça, assim como ao identificar a passagem de coleção purulenta pela abertura da fistulação durante o exame clínico³.

A causa mais comum para os defeitos comunicantes oroantrais ainda é a extração dos dentes posteriores da maxila, embora também possam surgir, após infecção dentária, osteomielite, sequelas de radioterapia, trauma ou a remoção de cistos ou tumores maxilares⁴. Outras causas que podem aumentar as chances de aparecer esse tipo de complicação são: a idade do paciente, anatomia e posição da raiz em relação ao seio², falta de espessura do assoalho sinusal, aposição direta do revestimento maxilar acima dos dentes posteriores ou por reabsorção óssea, quando acometido por doença periodontal¹.

Entre sinais e sintomas relacionados à comunicação buco-sinusal, está a passagem de ar, alimentos e fluidos entre as cavidades nasal e oral, dor facial e dores de cabeça, ressaltando-se que estas últimas podem ocorrer devido à infecção

na região dos sinus maxilares³. Queixas, como purulência, hiposmia ou anosmia, febre, halitose, fadiga, dor dentária, tosse, dor de ouvido e pressão na orelha, também podem estar presentes⁵.

O diagnóstico dessa complicação é confirmado por meio dos aspectos clínicos predominantemente, podendo o cirurgião dentista lançar mão da técnica de Valsava, que consiste em fazer pressão positiva para observar se o ar está apresentando desvio da região nasal para a bucal. Os exames de imagem também podem auxiliar no diagnóstico⁶.

O tratamento cirúrgico deve ser indicado nas primeiras 48 horas, após instalação da comunicação buco-antral, a fim de diminuir os riscos da instalação da sinusite maxilar. As técnicas cirúrgicas variam desde retalhos mucoperiosteais, fibrina rica em plasma, transplante dentário, blocos de hidroxiapatita, análogos da raiz reabsorvível até as técnicas de sanduíche com biomateriais, como enxertos de membrana de colágeno. Contudo, a maioria dessas técnicas são pouco frequentes devido ao alto custo, tornando-as, por muitas vezes, inviáveis⁷.

A técnica do uso da bola de Bichat para tratamento da fístula bucosinusal é amplamente disseminada pelas vantagens, como baixo custo e facilidade da técnica, podendo, também, ser utilizada para fechamento oroantral após ressecções oncológicas⁸. Uma vantagem biológica deve-se ao fato de o suprimento sanguíneo desse corpo adiposo advir dos ramos temporal profundo e bucal da artéria maxilar, pelo ramo facial transversal da artéria temporal superficial e por pequenos ramos da artéria facial. Essa rica vascularização favorece o sucesso do tratamento por garantir o suprimento sanguíneo local, diminuindo o risco de rejeição observado em enxertos simples⁹.

Devido a essas características vantajosas do uso do coxim adiposo, anteriormente citadas, este artigo tem por finalidade demonstrar o uso dessa técnica em um paciente que compareceu ao serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial da Universidade de Pernambuco, campus FOP.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 33 anos, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco/UPE, queixando-se de dificuldade na ingestão de alimentos líquido-pastosos. Ao exame intra-oral, perceberam-se: ausência do elemento dentário 17, nenhum sinal de hiperemia local e a presença de fistula na região da ausência

dentária. O paciente não possuía queixas álgicas e já havia comparecido, munido de tomografia computadorizada de feixe cônico (Figura 01).

Durante a anamnese, foi colhido história de exodontia traumática do segundo molar superior direito há aproximadamente um ano, em um outro hospital. O paciente não relatou nenhuma doença de base e nenhum uso de qualquer medicação contínua.

Ao exame extra-oral, não se observaram alterações, no entanto, ao exame intra-oral, percebeu-se a ausência do elemento dentário 17, nenhum sinal de hiperemia local e a presença de fístula na região da ausência dentária. O paciente relatou sentir gosto ruim na boca, indicativo de coleção purulenta no local. (Figura 2). Para observar se havia comunicação entre as cavidades através da fístula, foi aplicado o teste de Valsava, confirmando o desvio do ar e a passagem de secreção purulenta através do processo fistuloso.

Ao exame tomográfico, foi percebida hiperdensidade em seio maxilar direito, sugestiva de sinusite maxilar, e, nos cortes tomográficos, notou-se a presença de fenestração óssea na região do segundo molar superior direito. (Figura 1)



Figura 1 - Tomografia Computadorizada de feixe cônico inicial. Observa-se o velamento do seio maxilar e diâmetro da comunicação buco-sinusal.

Iniciou-se, 15 dias antes do tratamento cirúrgico, a antibioticoterapia expectante e o uso de congestionante nasal para tratamento da sinusite maxilar. A técnica cirúrgica teve início no bloco cirúrgico odontológico da Faculdade de Odontologia de PE, sob anestesia local. A obliteração da fístula buco-sinusal ocorreu por meio do uso da bola de Bichat. Após tratamento expectante do seio maxilar, foi realizada cirurgia sob anestesia local para fechamento do trajeto fistuloso

com rotação de retalho vestibular e aposição da bola de Bichat, tendo sido medicado, por mais 7 dias, amoxicilina (500 mg) com clavulanato de potássio (125 mg) de 8 em 8 horas e uso de descongestionante nasal, cloreto de sódio 9 mg/ml, e orientado quanto à higienização e cuidados pós-operatórios.



Figura 2 - Exame físico do paciente pré-operatório evidenciando a lesão.

No exame clínico pós-operatório de sete dias, foi observada uma boa cicatrização, com os bordos da ferida cirúrgica reaproximados, nenhum sinal de inflamação e fechamento total da fístula, conforme o esperado. Nessa mesma consulta, o paciente foi orientado sobre os cuidados necessários por mais 7 dias e solicitada uma radiografia panorâmica de controle. Após dois meses da cirurgia, o paciente retornou ao serviço munido de exame panorâmico, sem qualquer queixa associada. Ao exame intraoral, notou-se o fechamento da fístula bucal e, ao exame de imagem, o seio maxilar direito já se apresentava com radiolucidez normal. (Figura 3)

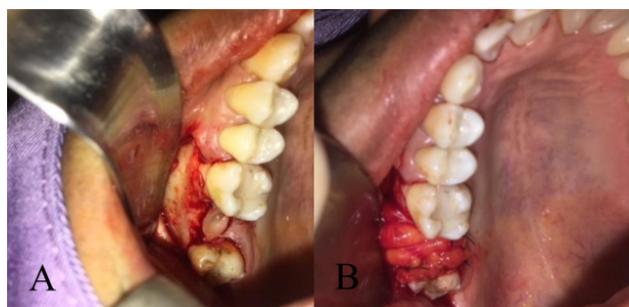


Figura 3 - A) Incisão e deslocamento do retalho vestibular na região do segundo molar superior; B) Uso da bola de Bichat para obstrução da comunicação buco-sinusal.

DISCUSSÃO

A comunicação buco-sinusal é uma complicação decorrente da proximidade das raízes dos dentes posteriores com o seio maxilar, contudo também pode surgir após infecção dentária, osteomielite, sequelas de radioterapia, trauma ou remoção de cistos ou tumores maxilares. O processo de formação patológica ocorre quando há um revestimento do canal por um epitélio fibroso. Por meio desse trajeto ocorre a drenagem do seio maxilar para a cavidade oral e vice-versa³. Essa característica causou maior incômodo ao paciente.

A localização mais comum dessa comunicação está na região de molares posteriores, devido à proximidade das raízes desses dentes com o seio maxilar, sendo a região de primeiro molar a localização mais prevalente. Contudo, para Jasim (2018), fatores, como grande pneumatização dos seios maxilares e grandes reabsorções ósseas, podem favorecer o surgimento dessa complicação¹.

Demetoglu (2018) relata que, nos casos em que a comunicação não foi tratada dentro das primeiras 48 horas após instalada, aumenta em 50% a ocorrência da sinusite; quando após 2 ou 3 semanas, as chances aumentam para 90%⁷. As queixas de dor facial e enxaqueca são comuns devido à presença da infecção sinusal. Sendo assim, Freitas (2003) e Abdel-Aziz (2018) recomendam fazer o descongestionamento nasal primeiramente, removendo o foco infeccioso para posteriormente fazer a abordagem cirúrgica^{3,6}. O paciente não se queixou de dores devido à sinusite, porém foi observado esse foco infeccioso através do exame de imagem. Logo, antes da cirurgia, deve-se sanar a infecção para uma posterior abordagem cirúrgica, sendo utilizada antibioticoterapia e descongestionante nasal 15 dias antes do procedimento³.

O autor Abdel-Aziz (2018) recomenda o uso de endoscopia nasal para melhor identificar formação patológica no seio nasal e auxiliar na drenagem da secreção do seio maxilar, através do meato médio, de uma forma mais fisiológica. Antigamente se utilizava a técnica Caldwell-Luc para essa finalidade, entretanto entrou em desuso devido às suas desvantagens⁵. Dentre elas, estão: assimetria facial, dacriocistite, lesão nervosa, desvitalização dentária, etc. Aumenta-se a possibilidade de essas complicações ocorrerem, quando a técnica não é bem selecionada e o cirurgião não possui uma boa experiência¹⁰. No presente caso relatado, foi indicado o uso de descongestionante nasal, com composição de cloreto de sódio e água para a lavagem dos sinus.

O uso dos exames imaginológicos é de grande relevância para se observarem as alterações e para a escolha ideal do tratamento, sendo preconizada a Ortopantomografia e, principalmente, a tomografia computadorizada (TC), que diminui a sobreposição das estruturas e possui informações tridimensionais, com maior precisão de informações e menor distorção³. As técnicas cirúrgicas para obliteração do canal fistuloso vão depender, também, da localização e do tamanho observado da fenestração encontrada no osso, das estruturas dentárias adjacentes, da altura do rebordo alveolar, da presença e do tempo de instalação da sinusite e da saúde geral do paciente⁹.

Os tratamentos para a complicação buco-sinusal ocorrem por meio de técnicas variáveis, porém a escolha do Coxim adiposo ou bola de Bichat é a mais preconizada devido ao baixo custo e à maior facilidade da técnica. As vantagens desse biomaterial são: possuir um rico suprimento sanguíneo derivado de ramos das artérias maxilar e facial, a facilidade da técnica, além de apresentar baixo custo para o paciente. Quando necessário, em grandes defeitos ósseos, pode utilizar 2 camadas do coxim⁴. No caso apresentado, as vantagens de baixo custo e baixa complicação foram extremamente relevantes para aumentar a adesão do paciente ao tratamento, não havendo necessidade de camadas duplas para total obliteração do canal fistuloso.

O paciente não apresentou nenhuma complicação durante os 6 meses de acompanhamento. Contudo, para Manuel, Kumar e Nair (2015), até o momento, as complicações que causariam as desvantagens do uso do retalho da bola de Bichat são: hematoma, necrose parcial, cicatrização excessiva, infecção ou lesão do nervo facial. Para evitar isso, deve-se optar por expor o coxim adiposo por meio de uma dissecação roma, evitando lesões a estruturas adjacentes e sem causar grandes tensões para a remoção do mesmo do coxim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após procedimentos cirúrgicos, ainda que seja exodontia simples, é necessária avaliação e acompanhamento adequado do paciente, a fim de se evitar postergar o tratamento das complicações inerentes a esse procedimento. Fatores, como condição sistêmica do paciente, psicossocial e de renda, devem ser abordados para a escolha do tratamento adequado.

Nosso caso concordou com a literatura, demonstrando que o uso da bola de Bichat é um

método simples, conveniente e confiável para a reconstrução de defeitos intra-orais de pequeno a médio porte.

REFERÊNCIAS

1. AL-Juboori, M. J., AL-Attas, M. A., Magno Filho, L. C. Treatment of chronic oroantral fistula with platelet-rich fibrin clot and collagen membrane: a case report. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 2018; 10: 245–249. doi:10.2147/ccide.s179751.
2. Lewusz-Butkiewicz, K., Kaczor K., Nowicka, A. Risk factors in oroantral communication while extracting the upper third molar: Systematic review. *Dent Med Probl*. 2018;55(1):69–74.
3. Abdel-Aziz, M., Fawaz, M., Kamel, M., Kamel, A., & Aljerais, T. Closure of Oroantral Fistula With Buccal Fat Pad Flap and Endoscopic Drainage of the Maxillary Sinus. *Journal of Craniofacial Surgery*, 2018.
4. Yang S, Jee YJ, Ryu DM. Reconstruction of large oroantral defects using a pedicled buccal fat pad. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2018;40(1):7.
5. Nedir, R. et al. Unusual Etiology and Diagnosis of Oroantral Communication due to Late Implant Failure. *Case Reports in Dentistry*, 2017.
6. Freitas, T. M. C. et al. Fístulas oroantrais: diagnóstico e propostas de tratamento. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003; 69(6):838-44.
7. Demetoglu, U., Ocak, H., & Bilge, S. Closure of Oroantral Communication With Plasma-Rich Fibrin Membrane. *Journal of Craniofacial Surgery*. (2018); 29(4):367–370. doi:10.1097/scs.0000000000004360.
8. Mohan, S. et al. “The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of cases” *Journal of maxillofacial and oral surgery* vol. 11,2 (2011): 128-31.
9. Farias, J. G., Cândia, A. V., Barros, L.F. 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).
10. Oliveira, R. S. et al. 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.