

Retalho de corpo adiposo bucal no fechamento de comunicação buco-sinusal

Marvis Allais¹, Paul Edward Maurette², André Luis Vieira Cortez³, Jose Rodrigues Laureano Filho⁴, Renato Mazzonetto⁵

The buccal fat pad graft in the closure of oroantral communications

Palavras-chave: corpo adiposo, fístula bucal.
Keywords: fat body, oral fistula.

INTRODUÇÃO

As fistulas buco-sinusais são resultado de patologias, trauma ou cirurgias menores¹, porém a causa mais comum é a extração dos molares superiores devido à proximidade anatômica entre as raízes com o seio maxilar¹. 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 fechamento².

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. O primeiro relato para reconstruções bucais foi em 1977, porém só foi em 1986 que Tidemann et al.³ publicaram um trabalho detalhando a anatomia do CAB, seu suprimento sanguíneo, a técnica cirúrgica e os resultados clínicos de 12 casos de reconstrução em defeitos na cavidade bucal.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 51 anos, encaminhado para tratamento de comunicação buco-sinusal presente há seis meses após exodontia de segundo molar superior esquerdo, apresentando queixa de dor, gosto ruim na boca e sensação de presença de líquido no nariz após consumo de bebidas.

Ao exame intrabucal o paciente apresentava fístula de 1cm de diâmetro no fundo



Figura 1. A) Incisão contornando-se a fístula e duas incisões horizontais de alívio uma na região anterior à fístula e outra posterior. B) Exposição do corpo adiposo bucal, estendido até o defeito sem tensão. C) Sutura do corpo adiposo bucal às bordas da mucosa palatina e vestibular. D) Sutura da mucosa sobre o corpo adiposo. E) Imagem lateral (TC 3D) do defeito ósseo pré-operatório. F) Imagem lateral (TC 3D) do defeito ósseo pós-operatório com um ano. G) Imagem oclusal (TC 3D) do defeito ósseo pré-operatório. H) Imagem oclusal (TC 3D) do defeito ósseo pós-operatório.

do sulco superior esquerdo com secreção purulenta, sendo confirmada a proporção do defeito ósseo por meio de reconstrução 3D da TC (Figura 1E,1G).

Foi instaurada terapia antimicrobiana pré-operatória para controle da infecção. Posterior à remissão dos sinais e sintomas, foi programada a cirurgia.

Após bloqueio anestésico dos nervos alveolar superior posterior, médio e palatino maior, foi realizada uma incisão contornando-se a fístula e duas incisões horizontais de alívio (Figura 1A). O defeito ósseo foi visualizado, e removido o tecido necrótico das bordas ósseas e irrigado abundantemente com solução fisiológica e uma ampola de Rifocina de 75mg/1,5ml. Após realizada a incisão no periosteio e divisão do tecido, o corpo adiposo bucal foi rotacionado até a região do defeito cobrindo-o em sua totalidade sem tensão (Figura 1B), e suturando-o às bordas da mucosa palatina e vestibular com Catgut 4-0 cromado (Figura 1C). O retalho mucoso foi reposicionado sobre o tecido adiposo e suturado com o mesmo tipo de sutura (Figura 1D).

No pós-operatório foi prescrita medicação para controle e prevenção de infecção além das indicações pós-operatórias para os cuidados da ferida.

No pós-operatório com 7 dias o paciente apresentou ferida fechada, com presença de tecido adiposo em processo de cicatrização, e melhora na sintomatologia em sua totalidade. No PO de 21 dias a mucosa se apresentava bem posicionada sobre a área, totalmente cicatrizada, com pequeno excesso de tecido mucoso, que foi removido numa segunda cirurgia.

Um ano posterior à cirurgia na reconstrução 3D de TC se observou a diminuição do tamanho do defeito ósseo na parede lateral do seio maxilar. (Figura 1F, 1H)

DISCUSSÃO

O CAB é um tipo de gordura especializada, denominada "sissarcose" que tem a função de preencher o espaço mastigatório, melhorar e amortecer a mobilidade muscular e contribuir na morfologia da face⁴.

Entre as vantagens do seu uso estão: procedimento simples e rápido, mínima incidência de falha; realizado sob anestesia local; sem cicatrizes visíveis; baixa morbidade; e sem perda de profundidade de sulco^{4,5}.

Como desvantagens: uma única utilização; possibilidade de trismo no pós-operatório; limitação para defeitos pequenos e médios; não dá suporte rígido^{4,5}.

Sua epitelização dura em torno de 2 a 3 semanas e o tecido adiposo serve de leito para o crescimento do epitélio, primeiramente coberto por tecido de granulação e depois por epitélio estratificado que migra da margem da gengiva. Neste caso observamos uma diminuição no tamanho do defeito ósseo um ano após o fechamento buco-sinusal, provavelmente causada pelo desgaste das bordas no defeito que ativou o processo de reparação óssea, sendo impossível uma total formação devido ao tamanho do defeito que poderia ser considerado como crítico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do corpo adiposo bucal no fechamento de fistulas buco-sinusais é um método cirúrgico estável, relativamente simples, com um alto grau de sucesso e com pós-operatório confortável para o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hanazawa Y, Itoh K, Mabashi T, Sato K. Closure of oroantral communications using a pedicle buccal fat pad graft. J Oral Maxillofac Surg 1995;53:771-5.
2. Martín-Granizo R, Naval L, Costas A, Goizueta C, Rodríguez F, Monje F et al. Use of buccal fat pad to repair intraoral defects: review of 30 cases. Br J Oral Maxillofac Surg 1997;35:81-4.
3. Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicle graft. J Oral Maxillofac Surg 1986;44:435-40.
4. Pereira FL, Farah GJ, Passeri LG, Pavan AJ. Aplicação do Corpo Adiposo Bucal para o Encerramento de fistula Bucosinusal. Relato de Caso. Rev Port Estomatol Cir Maxillofac 2004;45:221-6.
5. Rápidis 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;58:158-63.

¹Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. FOP-UNICAMP, Doutoranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. FOP-UEPE.

²Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. FOP-UNICAMP, Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. FOP-UEPE.

³Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. FOP-UNICAMP, Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. FOP-UNICAMP.

⁴Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. FOP-UNICAMP, Professor Associado da Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Pernambuco. Faculdade de Odontologia de Pernambuco. FOP-UEPE. Recife - PE - Brasil.

⁵Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. UNESP, Professor Titular da Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Piracicaba. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. FOP-UNICAMP.

Universidade de Pernambuco. Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

Endereço para correspondência: Marvis Allais - Rua Padre Bernardino Pessoa 133 apto. 301 Boa Viagem Recife Pernambuco 51020-210.

Tel. (00xx81) 3328-6333 - E-mail: marvisallais@cirurgia-maxilofacial.net

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 17 de janeiro de 2007. cod. 3607.

Artigo aceito em 8 de abril de 2007.