

Tratamento de fístula oroantral através da técnica do retalho vestibular com rotação de corpo adiposo bucal pediculado: relato de caso

Treatment of the oroantral fistula through the vestibular flap technique with rotation of the pediculated body: case report

DOI:10.34117/bjdv7n9-177

Recebimento dos originais: 13/08/2021

Aceitação para publicação: 13/09/2021

Rafael Zenatti

Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE

Jéssica Larissa Brandalise

Cirurgiã Dentista pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE
Endereço: R. Universitária, 1619 - Universitário, Cascavel - PR, 85819-170.
E-mail: brandalise@hotmail.com

Eleonor Álvaro Garbin Júnior

Especialista, Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial -
Coordenador do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial – HUOP.

Geraldo Luiz Griza

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Mestre em Periodontia e
Doutor em Implantodontia – Professor do Programa de Residência em Cirurgia e
Traumatologia Bucomaxilofacial – HUOP.

Ricardo Augusto Conci

Especialista, Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial -
Professor do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial –
HUOP.

Natasha Magro Érnica

Especialista, Mestre e Doutora em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial -
Professora do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial –
HUOP.

RESUMO

As comunicações bucossinusais ou comunicação oroantrais são ocorrências comuns que acometem o seio maxilar, geralmente estão associadas a exodontias de elementos dentários superiores posteriores devido ao íntimo contato dos ápices radiculares com o assoalho do seio maxilar. Estas comunicações consistem na formação de um trajeto direto entre a cavidade oral e o seio maxilar, onde ocorre o rompimento da membrana sinusal com perda de tecido mole e duro. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de fistula bucal tratada pela técnica de retalho vestibular com rotação de corpo adiposo bucal pediculado. Paciente do sexo masculino, 64 anos, compareceu ao serviço

de residência em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial - UNIOESTE, queixando-se de ferida que surgiu há mais de 7 meses, após extração dentária, sendo que a mesma não cicatrizava, relatava uma ardência e também desconforto na região nasal após ingerir substâncias de consistência líquida. Ao exame clínico, notou-se presença de uma lesão epitelizada, sendo a região interna com características semelhantes a membrana de revestimento sinusal. Após a realização da manobra de Valsalva e exame de imagem, confirmou-se o diagnóstico de fístula buco-sinusal. Foi então optada pela cirurgia para o tratamento da comunicação oroantral, utilizando a rotação do corpo adiposo da bochecha, que se mostrou uma excelente alternativa para a resolução do caso.

Palavras-Chave: Corpo Adiposo, Fistula Bucal, Manobra de Valsalva, Seio Maxilar.

ABSTRACT

Bucosinusal or oroantral communications are common occurrences that affect the maxillary sinus, and are generally associated with extractions of posterior superior dental elements due to the intimate contact of the root apices with the floor of the maxillary sinus. These communications consist of the formation of a direct path between the oral cavity and the maxillary sinus, where the sinus membrane ruptures with loss of soft and hard tissue. The present study aims to report a clinical case of oral fistula treated by the vestibular flap technique with rotation of the pediculated buccal adipose body. A 64-year-old male patient attended the residency service in maxillofacial surgery and traumatology - UNIOESTE, complaining of a wound that appeared more than 7 months after tooth extraction, which did not heal, reported burning and also discomfort in the nasal area after ingesting substances of liquid consistency. On clinical examination, the presence of an epithelialized lesion was noted, with the internal region having characteristics similar to the sinus lining membrane. After the Valsalva maneuver and image examination, the diagnosis of bucco-sinus fistula was confirmed. Then, surgery was chosen for the treatment of oroantral communication, using the rotation of the adipose body of the cheek, which proved to be an excellent alternative for the resolution of the case.

Keywords: Adipose Body, Oral Fistula, Valsalva Maneuver, Maxillary Sinus.

1 INTRODUÇÃO

As comunicações bucosinusais consistem na formação de um trajeto direto entre a cavidade oral e o seio maxilar, onde ocorre o rompimento da membrana sinusal com perda de tecido mole e duro¹, sendo que em poucos dias após o trauma há desorganização do coágulo, osteíte das margens ósseas, presença de corpos estranhos ou desenvolvimento de sinusite maxilar, que dificultam a cicatrização espontânea, levando a epitelização entre a mucosa oral e a mucosa do seio maxilar, formando uma fístula crônica².

Os seios maxilares são cavidades bilaterais, de volume variável, revestidos por um epitélio colunar, ciliado, pseudo-estratificado, mucossecretor e contém ar em seu interior³. É o maior seio paranasal, com aproximadamente 12 a 15 ml de volume. É uma

estrutura piramidal com sua base próxima à cavidade nasal, a porção superior forma o assoalho da órbita e o ápice está em direção ao osso zigomático⁴.

A etiologia das comunicações bucossinusais, geralmente estão associadas a exodontias de elementos dentários superiores posteriores, devido ao íntimo contato com ápices radiculares³. Lesões císticas e tumorais, bem como traumas locais também podem ser fatores etiológicos¹. Essas complicações ocorrem mais comumente durante a extração dos dentes molares superiores e pré-molares, infecções dentoalveolares, trauma, complicações em implantodontia e presença de cistos ou tumores².

Os pacientes acometidos por fístula buco-sinusal exibem sintomas como: passagem de líquidos para o nariz, timbre nasal, transtornos na deglutição de líquidos e alimentos, halitose, coriza, paladar alterado, obstrução nasal unilateral ou bilateral, dor na face ou cefaleia frontal, sinusite maxilar aguda ou crônica, corrimento nasal, dificuldade de sucção, tosse noturna, dor e desconforto^{1,2}.

Seu diagnóstico clínico é realizado com inspeção, irrigação e manobra de Valsalva. Na presença de uma fístula oroantral persistente, observa-se inflamação prolongada da membrana do seio maxilar e lesão do osso alveolar com sinais de inflamação produtiva⁵. A investigação radiológica do local é necessária para validar os achados clínicos. Dentre os procedimentos radiográficos empregados, as radiografias periapicais, oclusal, panorâmica e Waters são mais utilizadas, permitindo visualizar a cavidade oral e o seio maxilar^{3,6}.

Na ausência de qualquer infecção do seio maxilar, os defeitos menores podem curar espontaneamente com a cicatrização secundária^{2,7}. Quando as proporções da comunicação forem maiores, apresentando processo inflamatório ou infeccioso relacionados, deve-se realizar procedimento cirúrgico prevenindo a transformação da comunicação em uma fístula⁸.

Existem variados métodos para o fechamento das fístulas oroantrais, tais como: retalho trapezoidal vestibular associado ou não ao corpo adiposo bucal, retalho palatal, enxertos ósseos e de implantes aloplásticos, retalho músculo-mucoso bucinador ou retalho miofascial do temporal. Nos casos de defeitos de grandes extensões, técnicas mais invasivas como o retalho miocutâneo do músculo peitoral podem ser utilizadas^{1,9}.

O uso do corpo adiposo da bochecha foi descrito primeiramente por Egyedi (1977) para o fechamento de uma fístula buco-sinusal, devido à facilidade de acesso, menos morbidade e a possibilidade de realizar o procedimento sob anestesia local. O corpo adiposo está localizado no espaço mastigatório, envolvido por uma cápsula fibrosa e

constituído de um corpo principal com quatro extensões: bucal, pterigóide, temporal superficial e temporal profundo, ricamente vascularizado pela artéria maxilar e a artéria temporal superficial e profunda^{8,10,11}.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de fechamento de fístula oroantral com a técnica de rotação de corpo adiposo bucal pediculado associado ao avanço do retalho vestibular.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 64 anos, sem comorbidades associadas, compareceu ao serviço de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UNIOESTE, queixando-se de ferida que surgiu após extração dentária em região posterior de maxila direita sem cicatrização há 7 meses de pós-operatório (Figura 1), relatava ainda, uma ardência e desconforto na região nasal após ingerir substâncias de consistência líquida bem como dor em região malar e orbitária direita. Ao exame clínico, notou-se presença de uma lesão epitelizada na região posterior de maxila direita, com aspecto tecidual saudável, sem sinais de sangramento, tecido necrótico superficial ou infecção, a manobra de Valsalva foi positiva para comunicação buco-sinusal, com fístula de aproximadamente 10 milímetros de diâmetro em tecido mole (Figura 2). Nos exames de radiografia panorâmica (figura 3) e tomografia computadorizada, notamos a descontinuidade dos tecidos e velamento do seio maxilar, com espessamento significativo da membrana do seio (figura 4, 5 e 6), confirmando o diagnóstico clínico. O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico sob anestesia local, com sedação consciente por administração via oral de midazolam 15 mg. O bloqueio nervoso dos ramos: alveolar superior anterior, médio e posterior, palatino maior direito e bucal foi executado com articaína 4% associada a epinefrina 1:100.000. A técnica cirúrgica se iniciou com uma incisão circular no plano mucoso, submucoso e periosteal, periférica a fístula oroantral, apoiada em tecido ósseo alveolar (figura 7). O retalho vestibular foi estendido através de incisão relaxante e descolado (figura 8), sucedeu-se também com o descolamento total do trajeto fistuloso do osso alveolar e das corticais adjacentes do seio maxilar (figura 9). O tecido sinusal foi suturado com fio de poliglactina 910 (Vicryl®) 4-0 (figura 10) e posicionado dentro do seio maxilar, ocluindo totalmente a comunicação em plano sinusal (figura 11); o corpo adiposo bucal foi exposto, dissecado com tesoura de ponta romba, posicionado de forma pediculada no local da comunicação e acomodado passivamente (figura 12); suturas em colchoeiro horizontal fixaram o corpo adiposo em interposição ao plano sinusal e o plano

mucoso e submucoso do retalho vestibular (figura 13). A sutura final do retalho vestibular foi realizada em forma de colchoeiro horizontal utilizando fio nylon 5-0 (figura 14). Paciente retornou em 15 dias para remoção de sutura e reavaliação (figura 15). O mesmo foi encaminhado para confecção de prótese parcial removível.

Figura 1: aspecto inicial da lesão; nota-se presença de uma lesão epitelizada com características semelhantes à membrana de revestimento sinusal e aspecto tecidual saudável.



Figura 2: Dimensão da fístula (10mm)



Figura 3: descontinuidade do assoalho do seio maxilar lado direito.

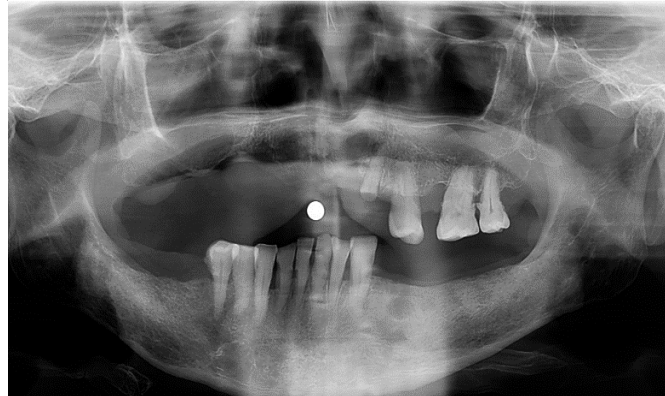


Figura 4: plano axial.

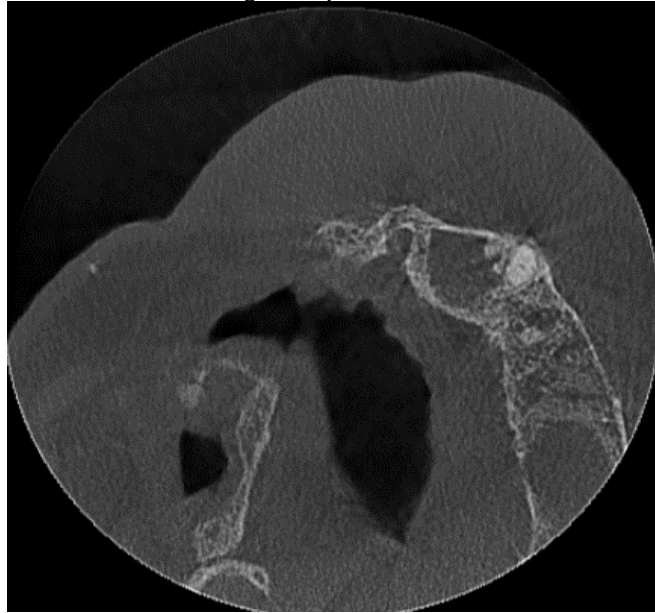


Figura 5: plano coronal.

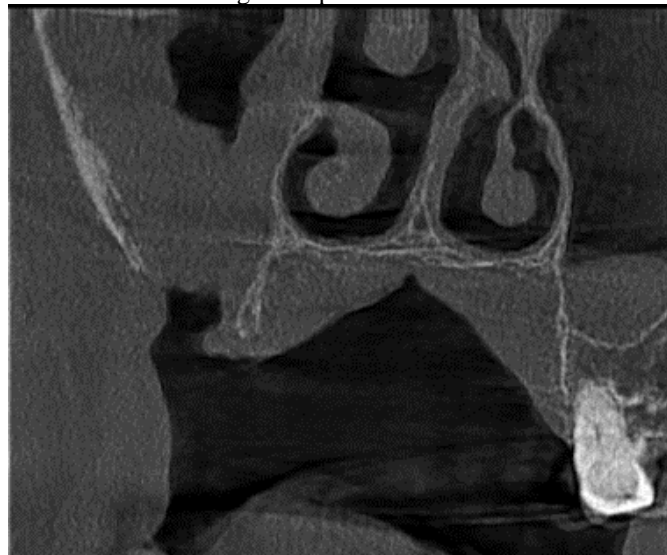


Figura 6: plano sagital.

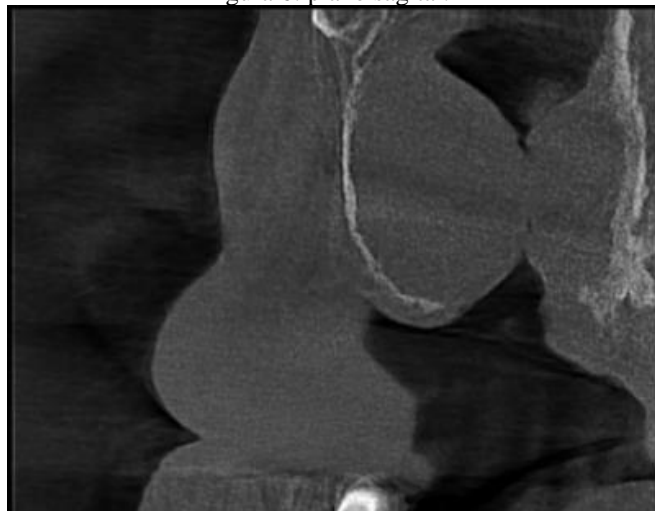


Figura 7: incisão periférica mucoperiosteal.

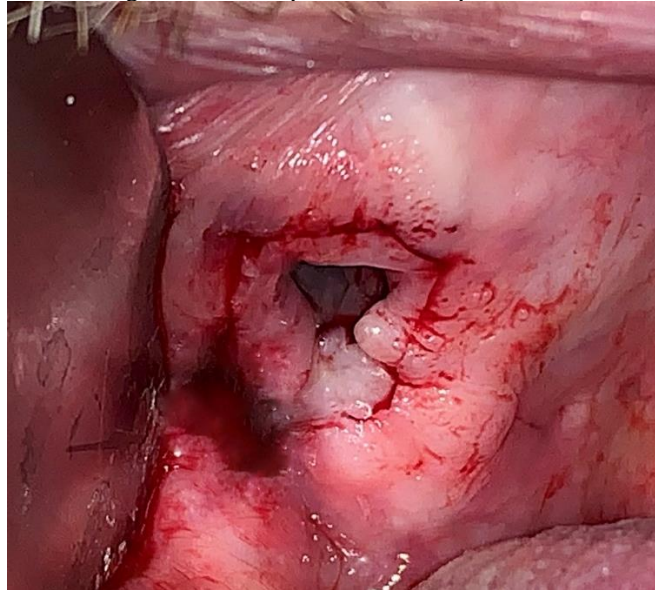


Figura 8: incisão com o deslocamento do retalho vestibular.

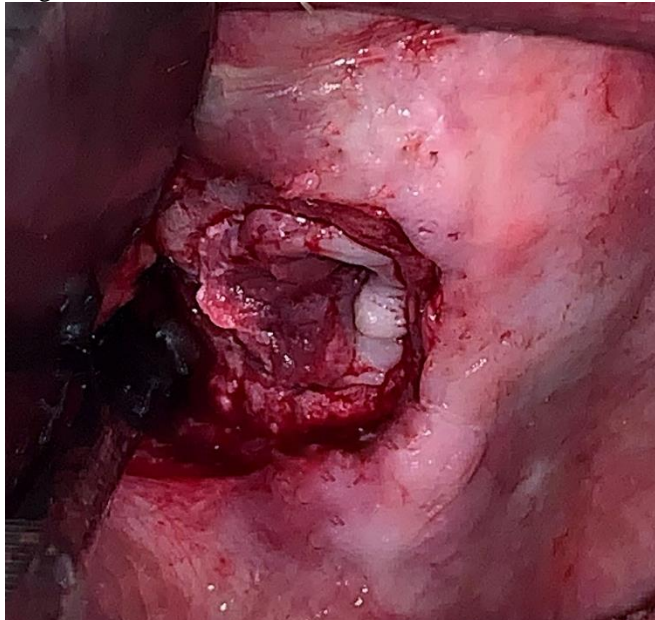


Figura 9: descolamento total do trajeto fistuloso.



Figura 10: fechamento da fístula em plano sinusal.

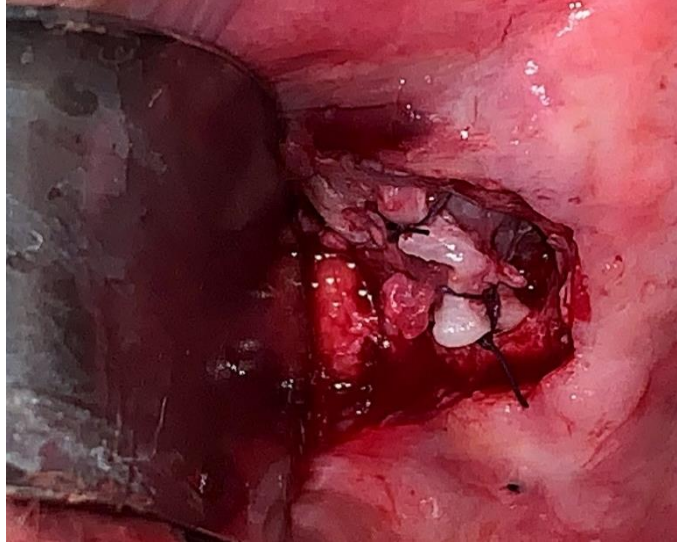


Figura 11: reposicionamento do tecido sinusal

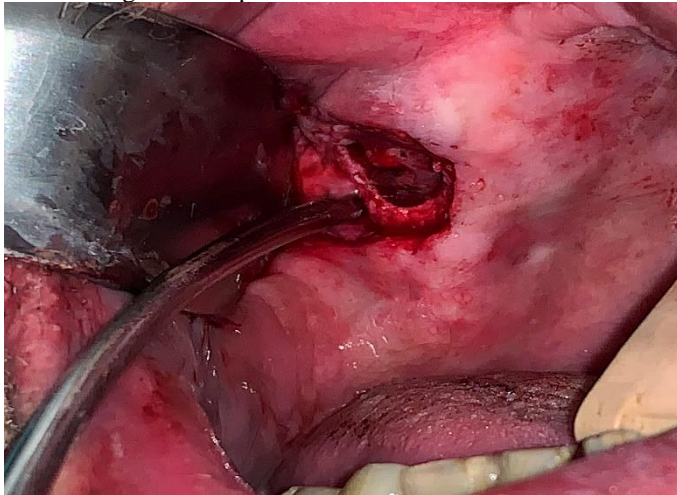


Figura 12: dissecação e exposição do corpo adiposo bucal



Figura 13: sutura do corpo adiposo bucal.

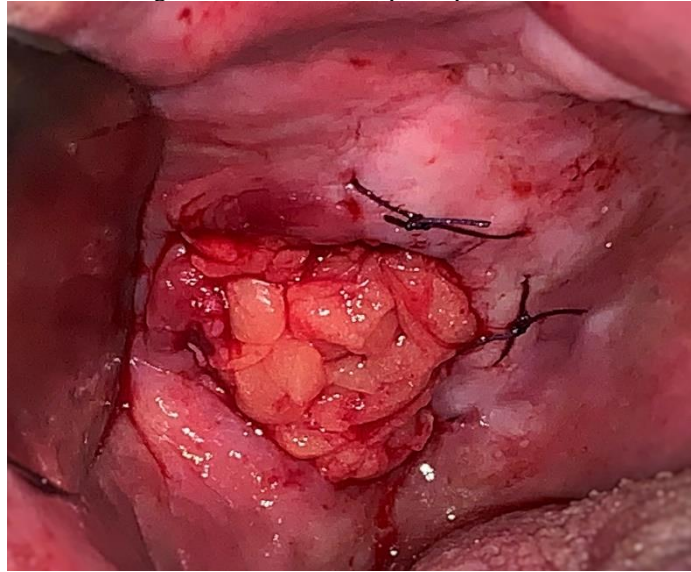


Figura 14: posicionamento e sutura do retalho.

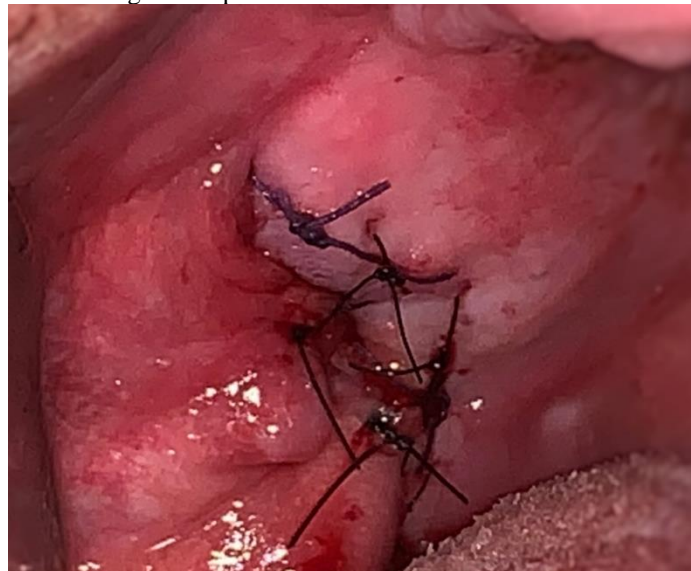


Figura 15: pós operatório de 15 dias.



3 DISCUSSÃO

Em um estudo retrospectivo que analisou 112 casos de comunicações oroantrais, o principal agente etiológico encontrado foram as extrações dentárias (95%), seguido de patologias (3%), trauma (1%) e infecção (1%), sendo que ocorrem mais frequentemente nas extrações de molares (90%)¹². Em outro estudo retrospectivo de 85 casos, os resultados semelhantes confirmam como primeiro agente etiológico as extrações dentárias e, respectivamente, patologias e cirurgias exploratórias¹³. No relato de caso apresentado, a extração do elemento 18 associada à falha na intervenção imediata sobre a comunicação, pneumatização do seio maxilar e o hábito tabagista do paciente contribuíram para o estabelecimento da fístula.

A investigação radiológica é importante para complementar o diagnóstico clínico^{3,6}. É necessário realizar uma inspeção imaginológica do seio maxilar, afim de encontrar ou não a presença de corpos estranhos em seu interior e a descontinuidade da linha radiopaca referente ao assoalho do seio, comparando o lado contralateral^{1,6}. Quando existe persistência da fistula oroantral, pode haver uma inflamação crônica da membrana do seio maxilar, levando a obstrução do antro e sinusite. Na tomografia computadorizada do caso observamos tal aspecto⁵.

Neste caso, a inspeção revelou um tecido fistuloso interno com características semelhantes a membrana de revestimento sinusal. A manobra de Valsalva realizada através da pressão positiva no seio maxilar com expiração nasal e obstrução das narinas, confirmando a saída de ar pela fístula. No exame radiográfico, era visível a descontinuidade da cortical do assoalho do seio maxilar. No exame tomográfico foi possível notar o espessamento da mucosa sinusal no seio maxilar direito que, aliado com o quadro alérgico, confirmou a sinusopatia inflamatória.

Quando a comunicação é notada no instante da sua ocorrência, o tratamento é determinado por sua extensão. As comunicações maiores que 2 mm devem ser fechadas cirurgicamente^{2,12}. Comunicações inferiores a 5 mm podem cicatrizar espontaneamente por meio da estabilização de coágulo sanguíneo, mas é consenso entre os autores, que não deve existir quadro de infecção local instalada no tratamento com apenas a estabilização do coágulo¹⁴.

Embora a técnica do retalho trapezoidal vestibular tenha uma execução mais simplificada, a quantidade de suprimento sanguíneo deste tecido, a friabilidade e o encurtamento do fundo de vestibulo podem contraindicar sua utilização, sendo a falha da técnica com formação de fístula (10,39%) e deiscência de sutura (3,9%). O retalho

palatino oferece maior irrigação e qualidade tecidual, pois é queratinizado e pediculado com o ramo da artéria palatina maior, porém, a maior incidência de complicações dentre todas (55,84%), está relacionada a esta técnica. Outros métodos de tratamento como retalho lingual, retalho mucoso geniano, músculo-mucoso bucinador, músculo temporal e retalho do músculo peitoral, podem necessitar de ambiente hospitalar e gerar maior morbidade, sendo reservados para reconstruções de grande proporção^{1,9,15}.

Dentre os vários métodos para o fechamento das comunicações bucossinusais de pequeno e médio porte, a técnica do corpo adiposo bucal é a mais utilizada, com baixa taxa de complicações importantes, como: excesso de granulação (9.09%), herniação (3,9%), necrose parcial (2,59%) e fístula (1,30%), podendo ser utilizada apenas uma vez em cada lado¹⁵. O sucesso desta técnica está ligado ao fato do corpo adiposo bucal exibir um rica vascularização, bem como uma região de fácil acesso^{8,10,11}.

Em um ano de acompanhamento, o paciente não apresentou sinais e sintomas de sinusopatias, sem recidivas da comunicação, com bom aspecto cicatricial e tecidual. Foi reabilitado funcionalmente e esteticamente através da prótese parcial removível, comprovando a eficácia da técnica do corpo adiposo bucal para tratamento das fístulas oroantrais de médio porte.

4 CONCLUSÃO

Pode-se concluir, pelo caso apresentado associado aos dados da literatura, que uma vez necessário o tratamento de fístulas oroantrais, o retalho vestibular associado ao corpo adiposo bucal é uma alternativa viável, segura, e de fácil manejo para o fechamento da fístula, pois apresenta facilidade de acesso e excelente suprimento sanguíneo, com altas taxas de sucesso e pouca morbidade pós-operatória ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Freitas TMC, Farias JG, Mendonça RG, Alves MF, Ramos Jr RP, Cância AV. Fístulas oroantrais: diagnóstico e propostas de tratamento. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2003;69(6):838-44.
2. Khandelwal p, Hajira N. Management of Oro-antral Communication and Fistula: Various Surgical Options. *World J. Plast Surg.* 2017;6(1):3-8.
3. Farias JG, Cância AV, Barros LF. 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):25-30.
4. Gheisari R, Zadeh HH, Tavanafar S. Oro-Antral Fistula Repair With Different Surgical Methods: a Retrospective Analysis of 147 Cases. *Journal of Dentistry.* 2019;20(2):107-12.
5. Magomedov MM, Khelminskaya NM, Goncharova AV, Starostina AE. The modern strategy for the treatment of the patients presenting with odontogenic maxillary sinusitis and the oroantral fistula. *Journal of Otorhinolaryngology.* 2015;58(2):75-80.
6. Parvini P, Obreja K, Begic A, Schwarz F, Becker J Sader R, Salti L. Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. *Int J Implant Dent.* 2019;5(13):1-11.
7. Moreira TG, Giongo CC, Monteiro ACC, Canellas JVS. Tratamento cirúrgico de fístula bucossinusal com fibrina rica em plaquetas e leucócito: relato de caso. *Rev. Naval de Odontol.* 2018;45(1):48-54.
8. Scartenizi GR, Oliveira CFP. Fechamento de comunicação buco-sinusal extensa com bola de bichat: relato de caso. *Rev. Odontol. Bras. Central.* 2016; 74(25):143-47.
9. Ferreira GZ, Aita TG, Cerqueira GF, Daniel AN, Filho LI, Farah GJ. Tratamento da fístula bucossinusal pela técnica do retalho pediculado do corpo adiposo bucal: relato de caso. *Arq. Odontol.* 2011;47(3):162-69.
10. Magro Filho O, Garbin Jr EA, Ribeiro Jr PD, Felipetti FA. Fechamento de Fístula Buco-Sinusal Usando Tecido Adiposo Bucal. *Rev. Odontol. Bras. Central.* 2010;50(19):275-79.
11. Park J, Chun B, Kim UK, Chol NR, Chol HS, Hwang DS. Versatility of the pedicled buccal fat pad flap for the management of oroantral fistula: a retrospective study of 25 cases. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery.* 2019;50(41):1-6.
12. Abuabara A, Cortez ALV, Passeri LA, De Moraes M, Moreira RWF. Evaluation of diferente treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. *Int J Oral Maxillofac. Surg.* 2006;35(2):155-58.
13. Skoglund LA, Pedersen SS, Holst E. Surgical management of 85 perforations to the maxillary sinus. *Int. J. Oral Surg.* 1983;12(1):1-5.

14. Awang MN. Closure of oroantral fistula. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1988;17(2):110-15.

15. Franco-Carro B, Dorado CB, González MJSM, Alonso LJR. Meta-analytic study on the frequency and treatment of oral antral communications. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(5):682-67.