

CONSIDERAÇÕES PRÉ-PROTÉTICAS NO FECHAMENTO CIRÚRGICO IMEDIATO DE COMUNICAÇÕES BUCOSINUSAIS POR RETALHO DE CORPO ADIPOSEO BUCAL E RETALHO VESTIBULAR – RELATO DE CASO

PRÉ PROSTHETIC CONSIDERATIONS IN IMMEDIATE SURGICAL CLOSURE OF OROANTRAL COMMUNICATIONS BY BUCCAL FAT PAD AND BUCCAL FLAP – CASE REPORT

Helder Fernando **BORGES JUNIOR**¹
Fábio Roberto de Souza **BATISTA**²
Victor Eduardo de Souza **BATISTA**³
João Paulo Veloso **PERDIGÃO**⁴
Ângelo José **PAVAN**⁵
Liogi **IWAKI FILHO**⁶

RESUMO

O tratamento das comunicações bucosinusais (CBS) pode ser realizado por diferentes técnicas cirúrgicas. Com incidência de 5% em extrações de molares superiores, dificilmente encontraremos em um mesmo paciente duas comunicações bucosinusais tratadas por técnicas distintas, devido a baixa incidência e preferência do cirurgião dentista por determinada técnica. O objetivo do presente trabalho é relatar e comparar clinicamente o resultado do fechamento imediato de duas CBS por técnicas distintas em um mesmo paciente considerando a manutenção do fundo de vestibulo bucal, com posterior necessidade de próteses totais. As técnicas do retalho bucal vestibular e retalho de corpo adiposo bucal aplicadas no caso foram revisadas. Concluímos que a técnica do retalho vestibular, apesar de muito utilizada, apresenta desvantagem em uma posterior reabilitação protética quando comparada com a técnica do corpo adiposo bucal, sendo necessária uma cirurgia pré-protética para aumento do fundo de vestibulo.

UNITERMOS: Cirurgia bucal; Seio maxilar; Comunicação.

INTRODUÇÃO

Comunicação bucosinusal (CBS) é uma situação patológica que se caracteriza pela existência de uma continuidade entre a cavidade bucal e o seio maxilar, como consequência da perda dos tecidos moles e duros que os separam¹. As CBS com até 2 mm de diâmetro são prováveis de se fecharem espontaneamente, entretanto, as de 3 mm ou maior, associadas ou não com infecção maxilar ou periodontal podem persistir e seu fechamento cirúrgico é recomendado. Muitas técnicas são utilizadas para a resolução de CBS, tais como o uso de retalhos mucoperiosteais (vestibular, palatino, lingual ou combinado), enxertos ósseos ou enxerto pediculado de corpo adiposo da bochecha (bola de Bichat)^{2,3}, porém a técnica mais comum é o retalho mucoperiosteal vestibular⁴. Dias et al.⁵ (2011) descrevem que quando a comunicação não é tratada

imediatamente ou o seu fechamento não ocorre de maneira espontânea, uma fístula entre o seio maxilar e a cavidade bucal é formada, dando origem a um ducto patológico revestido de tecido conjuntivo fibroso e recoberto de epitélio.

Segundo Galvis Aparicio et al.⁶ (2011) e Bodner et al.⁷ (1998) a incidência das comunicações bucosinusais por exodontia de pré-molares e molares superiores é de aproximadamente 5%, no qual, é determinada pela estreita relação existente entre as raízes dentais e o soalho do seio maxilar, cujo está distância varia de 1-7mm, sendo o segundo molar superior o mais próximo⁶.

Rothamel et al.⁸ (2007), encontraram que a incidência de CBS na extração de terceiro molar superior é de 13%. Desta forma, o fechamento imediato, preferencialmente entre 24 a 48 horas, é recomendado para minimizar os riscos de uma

1-Aluno do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM. Rua Ponta Grossa

2-Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Estadual de Maringá – UEM

3-Cirurgião-Dentista e Pós-Graduando em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

4-Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade Estadual de Maringá-UEM

5-Prof.Adjunto Doutor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Estadual de Maringá – UEM

6-Prof.Adjunto Doutor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Estadual de Maringá – UEM

sinusite maxilar e o desenvolvimento de fistula⁹. Para Visscher et al.¹⁰ (2010), quando decidimos como tratar uma comunicação bucosinusal é preciso analisar: o tamanho da comunicação, o tempo do diagnóstico e a presença de infecção.

Difícilmente é possível encontrar em um mesmo paciente duas comunicações bucosinusais tratadas por técnicas distintas, devido a baixa incidência. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar e comparar clinicamente o resultado do fechamento imediato de CBSs bilaterais realizadas pelas técnicas do retalho vestibular bucal e retalho de corpo adiposo bucal e a posterior reabilitação com próteses totais. Comparando a profundidade de sulco resultante de cada técnica.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero masculino, 46 anos, diabético e fumante procurou a Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Maringá - UEM para exodontia de múltiplos elementos dentários (11, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 28, 31, 32, 33, 41, 42, 43 e 48) e confecção de próteses totais. Ao exame intrabucal observou-se a presença de raízes residuais, fratura dentária e extensas lesões de cárie que somados a condição econômica do paciente confirmaram a necessidade de exodontias. Assim, foram realizados exames radiográficos complementares e hemograma completo. Radiograficamente foi constatado proximidade entre a raiz dos molares superiores (Figura 1) e o seio maxilar e no hemograma nenhuma patologia ou anormalidade além da diabetes foi constatada. Desta forma, optamos em realizar as extrações em varias sessões.

O bloqueio anestésico em todas as sessões foi realizado com Mepivacaína 2% + epinefrina 1:100.000 (Mepiadre®) e as exodontias foram executadas pela técnica alveolar, com ou sem odontosseção dependendo da necessidade. Nas sessões onde não ocorreu nenhum acidente ou intercorrência o paciente foi medicado com Dipirona Sódica 500mg/ml e Ibuprofeno 600mg, porém durante duas sessões do tratamento ocorreu comunicação bucosinusal detectada pela manobra de Valsava, que por sua vez consiste em aumentar a pressão de ar nos seios paranasais a fim de observar possível escape de ar para a cavidade bucal. O primeiro acidente ocorreu no elemento 28 e seu fechamento foi realizado imediatamente ao diagnóstico pela técnica de deslocamento do corpo adiposo bucal, preconizada por Egyedi em 1977¹¹. O segundo acidente ocorreu no elemento 16, que por sua vez se tratou de uma comunicação de menor diâmetro. Esta CBS também foi fechada imediatamente, sendo realizada pela técnica do retalho vestibular bucal de Rehrmann, diferentemente da anterior. No pós-operatório de ambos os fechamentos foi prescrito analgésico, antiinflamatório e antibiótico (Amoxicilina 500mg) a

cada 8 horas, durante sete dias e aguardado um período de 15 dias para continuar a tratamento.

Após as exodontias, esperou-se 40 dias e iniciamos a confecção das próteses totais superiores e inferiores. Contudo, na região onde foi realizado o fechamento cirúrgico com o retalho vestibular o rebordo mostrou-se insatisfatório para a reabilitação protética, apresentando perda de profundidade do fundo de vestibulo bucal (Figura 2 e 3). Em uma primeira etapa foram confeccionadas as próteses totais, sem intervir na profundidade de sulco, e o paciente foi orientado sobre a necessidade de realizar uma cirurgia pré-protética após a cicatrização total dos tecidos. No quarto mês de acompanhamento diante de um rebordo remodelado e totalmente cicatrizado realizamos a cirurgia pré-protética para recuperação de profundidade de fundo de vestibulo, visando dar estabilidade para a prótese.

A cirurgia pré-protética foi realizada sob infiltração anestésica de Mepivacaína 2% + epinefrina 1:100.000 (Mepiadre®). Foi realizada uma incisão sobre a crista do rebordo alveolar com relaxante anterior e posterior divulsionando supra-periostealmente até o fundo de vestibulo (Figura 4) e o retalho vestibular foi suturado no periosteo do fundo de vestibulo (Figura 5). Após sutura, a prótese foi reembasada com cimento cirúrgico (Pericem®) (Figura 6). Dez dias após a cirurgia foi retirada a sutura e mantido o cimento cirúrgico para controlar recidiva. No 21º dia pós-operatório foi removido o cimento cirúrgico e realizado o reembasamento da prótese superior com pasta zinco-enólica (Lysanda®) e observado retenção e estabilidade da prótese junto ao rebordo do paciente (Figura 7). Nas consultas seguintes realizou-se ajustes nas próteses totais e acompanhamento da cicatrização tecidual (Figuras 8, 9 e 10)

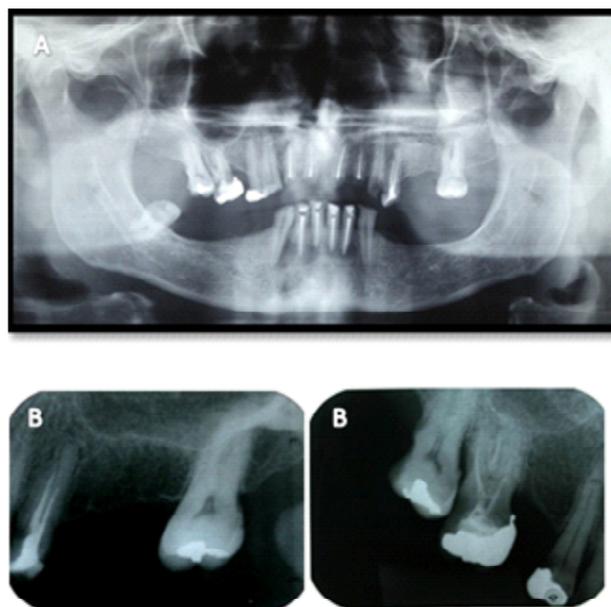


Figura 1- Exame radiográfico evidenciando a proximidade entre as raízes dos molares e o seio maxilar. (A) Exame Panorâmico. (B) Radiografias periapicais.



Figura 2- Aspecto intrabucal após fechamento de CBSs bilaterais. Vista Oclusal.

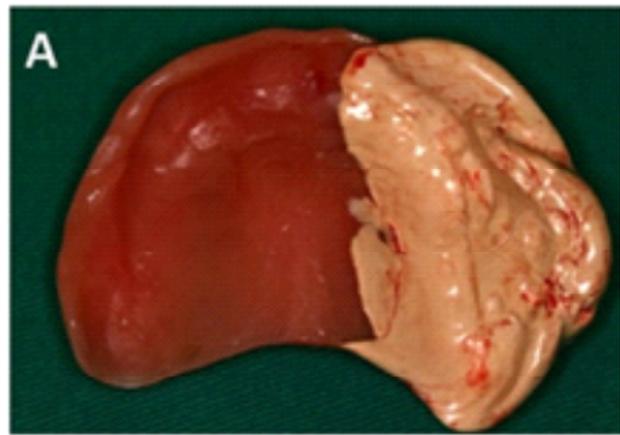


Figura 6- (A) Reembasamento da prótese superior. (B) Instalação associada ao cimento cirúrgico (Pericem®).

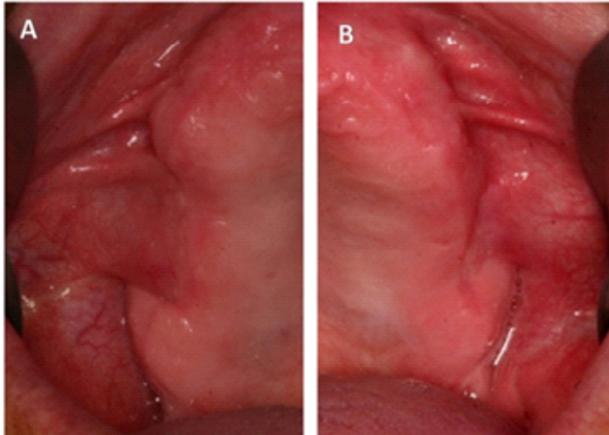


Figura 3- Visão aproximada do resultado quanto a perda de profundidade entre as técnicas. (A) Retalho vestibular bucal. (B) Retalho de corpo adiposo bucal. Vista Oclusal.



Figura 4- Retalho vestibular supra-periosteal.

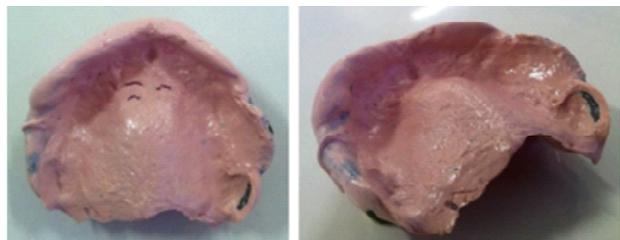


Figura 7- Reembasamento da prótese com Pasta Zinco-Enólica (Lysanda®)



Figura 5- Sutura do retalho vestibular no periósteo do fundo de sulco.



Figura 8- Pós-operatório 15 dias.

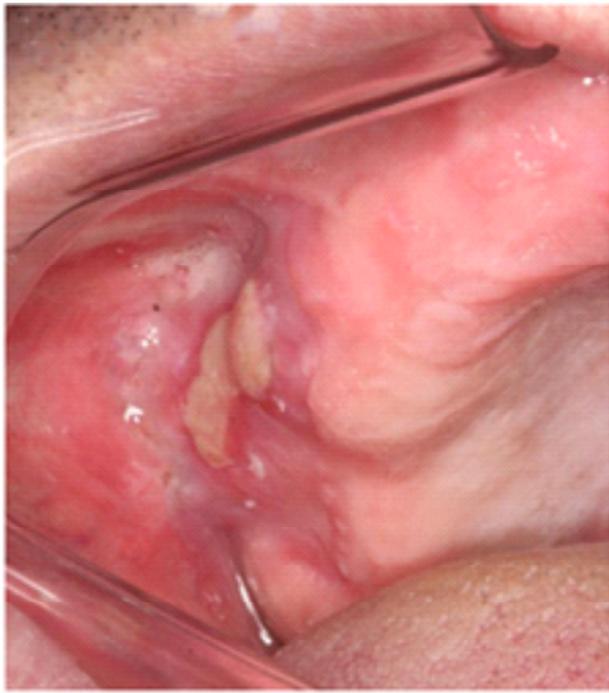


Figura 9- Visão aproximada: pós-operatório 15 dias, evidenciando ganho em profundidade de sulco.



Figura 10- Pós-operatório 40 dias demonstrando ganho satisfatório em profundidade de sulco, porém apresentando pequena lesão por desajuste da prótese.

DISCUSSÃO

Alguns dos métodos de diagnóstico de comunicação bucosinusal podem ser realizados como a possibilidade de introdução de um instrumento no interior maxilar via alvéolo dentário, evidências de raiz deslocada para o seio maxilar verificadas radiograficamente e o escape de ar ou fluidos pela cavidade nasal. Quando não fechada imediatamente, os sintomas mais comuns relatados pelo paciente com comunicação bucosinusal são a passagem de alimentos e líquidos da cavidade bucal para o seio maxilar e seu refluxo para a cavidade nasal, halitose, sensibilidade reduzida ao cheiro e gosto, além de dor local^{3,5}.

Segundo (Dym e Wolf, 2012) a técnica cirúrgica mais comum para o fechamento de CBS é o retalho vestibular designada por Rehrmann. Por outro lado, o

retalho de corpo adiposo bucal - BFP foi descrita por Egyedi em 1977¹¹, apresentando-se como um alternativa viável frente a existência desta complicação⁶.

A técnica de Rehrmann consiste em realizar 2 incisões verticais, vestibulares e divergentes, que se estendam para o fundo de vestibulo da área da extração, de forma trapezoidal. Para garantir a sobrevivência do retalho é necessário incisar horizontalmente o periosteio na região do vestibulo para que assim seja possível rotação do retalho e encaixe passivo sobre o local, que por sua vez, deve ser suturado na margem palatina do alvéolo⁴.

O BFP é desenvolvido a partir de uma incisão distovestibular profunda em direção a tuberosidade maxilar, no qual o retalho vestibular e periosteio devem ser incisados. Em seguida, com pressão aplicada a região do arco zigomático, o corpo adiposo bucal é facilmente expulso para o lado operado. Com uma tesoura Metzenbaum deve-se dividir a gordura o tanto quanto necessário para obter um fecho livre de tensão e poder acomodá-lo por toda a comunicação. O tecido é fixado em osso com orifícios de brocas ou parafusos e em mucosas palatal e bucal com suturas reabsorvíveis^{4,12}. Contudo, em nosso estudo foi realizada a sutura da gordura em mucosa palatal e bucal.

Poeschl et al.¹³ (2009), concluiu que a taxa global de sucesso do BFP esta próximo de 98%. Sendo superior a taxa encontrada para o retalho vestibular, 87,2% de Visscher et al.⁹ (2009). As desvantagens do método de Rehrmann incluem o risco de diminuir a profundidade de sulco bucal, dor pós-operatória e inchaço⁴. De fato, em nosso caso clínico foi observado diminuição da profundidade do sulco bucal, necessitando assim de uma cirurgia pré-protética para uma melhor estabilidade da reabilitação do paciente.

Nezafati et al.¹¹ (2012), mostrou em seu estudo com pacientes tratados pelas técnicas do retalho vestibular e corpo adiposo bucal que quanto comparadas o tempo de duração médio de cada grupo não apresentou diferenças significativas, apesar da segunda técnica ter apresentado tempo médio um pouco maior. Mostrou também que pacientes com retalho de corpo adiposo bucal apresentaram maior dor, menor abertura bucal até o 30º dia e maior edema quando comparado com o retalho vestibular.

Allais¹² (2008), ressalta a epitelização do tecido adiposo em torno de 2 a 3 semanas, contrapondo-se as 4-6 semanas de (Dym e Wolf, 2012) e Poeschl et al.¹³ (2009) em pesquisa com 161 pacientes, submetidos ao retalho de corpo adiposo bucal, observou 2% de paciente com dor após 15 dias, 3% com limitação de abertura bucal, 0,6% com alguma assimetria e 0% com problemas protéticos. No caso relatado observamos a discrepância em relação à perda de profundidade de sulco entre as duas técnicas aplicadas, sendo necessária cirurgia pré-protética prévia a reabilitação protética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do corpo adiposo bucal no fechamento de comunicações bucosinusais é um método seguro, com procedimento simples e com baixa incidência de falhas, seus efeitos negativos são raros e temporários. Apresenta melhores resultados na manutenção do fundo de vestibulo bucal diminuindo as limitações para posterior reabilitação protética, sendo esta uma limitação da técnica do retalho bucal.

ABSTRACT

The surgical treatment of oroantral communications (OACs) has different techniques and surgical options when indicated. With an incidence of 5 % in maxillary molar extractions, it is difficult to find two oroantral communications treated by different techniques in the same patient, because of the low incidence of oroantral communications and surgeon's preference. The aim of the present study is to report and compare two different techniques for the treatment of OACs in the same patient that required further prosthetic treatment. The buccal flap and pedicled buccal fat pad flap techniques are discussed. We concluded that the buccal flap, despite more commonly performed, have disadvantages in the prosthetic rehabilitation with denture when compared with the buccal fat pad flap, and required a pre-prosthetic surgery.

UNITERMS: Oral surgery; Maxillary sinus; Communication.

REFERÊNCIAS

1. Del Rey-Santamaría M, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Incidencia de comunicación bucosinusal tras la extracción de 389 terceros molares superiores. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11: E334-8.
2. Veras Filho et al. Oroantral communication closure using a pedicled buccal fat pad graft. *Rev. odontol. ciênc.* 2010; 25(1):100-103.
3. Arce K. Buccal fat pad in maxillary reconstruction. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2007; 15:23-32.
4. Dym, H. & Wolf, J.C. Oroantral Communication. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2012; 24: 239-247.
5. Dias RR, Tomeh JEK, Pupim D, Tonin RH, Farah GJ, Pavan AJ. Oroantral communication through the periodontal ligament: case report. *Rev Odontol UNESP*. 2011; 40(4): 1-4.
6. Galvis Aparicio A. Colgajos locales y pediculados en el manejo de las comunicaciones y fístulas oroantrales. *Rev. fac. Med.* 2011; 19 (2): 217-225.
7. Bodner L, Gatot A, Bar-Ziv J: Technical note: Oroantral fistula: Improved imaging with a dental computed tomography software program. *Br J Radiol*. 1995; 68:1249.
8. Rothamel D, Wahl G, d'Hoedt B, et al: Incidence and predictive factors for perforation of the maxillary antrum in operations to remove upper wisdom teeth: Prospective multicentre study. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 45:387.
9. Visscher et al., Retrospective Study on the Treatment Outcome of Surgical Closure of Oroantral Communications. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69:2956-2961.
10. Visscher SH; Van Minnen B and Bos RRM. Closure of oroantral communications: a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 68:1384-1391.
11. Nezafati, S.; Vafaii, A.; Ghojazadeh, M. Comparison of pedicled buccal fat pad flap with buccal flap for closure of oro-antral communication. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 2012; 41: 624-628.
12. Allais, M. Retalho de corpo adiposo bucal no fechamento de comunicação buco-sinusal. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008; 74(5):799.
13. Poeschl, P.W. et al. Closure of Oroantral Communications With Bichat's Buccal Fat Pad. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 67:1460-1466.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

HELDER FERNANDO BORGES JUNIOR

Aluno do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM. Rua Ponta Grossa, 156.
helderfbjr@gmail.com

