

## FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL COM BOLA DE BICHAT: RELATO DE CASO

Deborah Rayane de Lima Ferreira<sup>1</sup>  
Mayara Barbosa Macaíba<sup>2</sup>  
André Vinicius de Lima Miranda<sup>3</sup>  
Manuella Azevedo Varjal Carneiro Leão<sup>4</sup>  
João Victor Mesquita Souza Santos<sup>5</sup>  
Ana Cláudia Amorim Gomes Dourado<sup>6</sup>  
Fábio Andrey da Costa Araújo<sup>7</sup>  
Emanuel Dias de Oliveira e Silva<sup>8</sup>

**RESUMO:** **Introdução:** A comunicação buco sinusal (CBS) se caracteriza como uma complicação a qual 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. Com a presença de quadros infecciosos no seio maxilar, torna-se mandatário o tratamento terapêutico inicial desta condição através da antibioticoterapia durante período de 14 a 21 dias. Em contrapartida, quando a extensão for igual ou superior a 3 mm de diâmetro, ou apresentar processo inflamatório ou infeccioso relacionado ao período de tempo existente da CBS, o procedimento cirúrgico é o mais indicado, requerendo o uso de rotação e retalhos para o selamento, bem como a utilização do Corpo Adiposo de Bichat. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 62 anos, leucoderma, procurou atendimento odontológico no serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife, Brasil, com queixa dolorosa após exodontia em região posterior de maxila esquerda. Ao exame físico intraoral observou-se a maxila totalmente edêntula, afundamento em região de pré-molares no lado esquerdo e sinais flogísticos nos tecidos subjacentes. Foi prescrito para paciente em questão antibioticoterapia pré cirúrgica com amoxicilina 500mg com clavulanato de potássio 125mg a cada 8 horas por 10 dias, com o intuito de controlar o quadro infeccioso presente no seio maxilar e evitar complicações pós-operatórias. **Considerações Finais:** O caso clínico abordado corroborou com a literatura, demonstrando que o uso da bola de Bichat é um tipo de reconstrução aceitável, versátil e de técnica cirúrgica simples, apresentando um resultado extremamente satisfatório.

1370

**Descritores:** Comunicação buco-sinusal. Seio maxilar. Corpo adiposo.

<sup>1</sup>Graduando no curso de Odontologia na Universidade de Pernambuco - Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

<sup>2</sup>Graduando no curso de Odontologia na Universidade de Pernambuco - Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

<sup>3</sup>Graduando no curso de Odontologia na Universidade de Pernambuco - Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

<sup>4</sup>Graduando no curso de Odontologia na Universidade de Pernambuco - Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

<sup>5</sup>Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

<sup>6</sup>Doutor(a) em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

<sup>7</sup>Doutor(a) em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

<sup>8</sup>Doutor(a) em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

## INTRODUÇÃO

A comunicação buco sinusal (CBS) se caracteriza como uma complicação a qual 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. Quando não diagnosticada precocemente, a CBS pode desencadear um processo de fistulação, que pode ou não estar associada à sinusite crônica do seio maxilar<sup>1</sup>.

Ademais, tal comunicação é uma condição patológica caracterizada pelo acesso entre a cavidade oral e o seio maxilar devido ao defeito em tecido ósseo e tecido mole. A ocorrência da comunicação oro-antral é relativamente comum no âmbito da Odontologia devido à íntima relação anatômica entre os ápices das raízes dos dentes superiores e o seio maxilar, entretanto, as causas dessa abertura também pode vir de doenças císticas, após infecção dentária, osteomielite, sequelas de radioterapia, tumores ou traumas gerados por instrumentos. A idade do paciente, falta de espessura do assoalho sinusal, aposição direta do revestimento maxilar acima dos dentes posteriores ou por reabsorção óssea devido à doença periodontal também são fatores relevantes que podem vir a desencadear tal condição<sup>1,2</sup>.

Caso o diâmetro da CBS seja inferior a 2 mm, sem epitelação e com ausência de infecção, a decisão terapêutica mais indicada é a estabilização do coágulo e preservação do mesmo no local, com intuito de promover o fechamento de forma espontânea. Com a presença de quadros infecciosos no seio maxilar, torna-se mandatório o tratamento terapêutico inicial desta condição através da antibioticoterapia durante período de 14 a 21 dias. Em contrapartida, quando a extensão for igual ou superior a 3 mm de diâmetro, ou apresentar processo inflamatório ou infeccioso relacionado ao período de tempo existente da CBS, o procedimento cirúrgico é o mais indicado, requerendo o uso de rotação e retalhos para o selamento, bem como a utilização do Corpo Adiposo de Bichat<sup>2,3</sup>.

O tratamento dessa comunicação é extremamente importante, voltado para evitar o transporte de bactérias da cavidade bucal para o interior da cavidade sinusal. Desse modo, por estas razões, prevenir sua ocorrência bem como fazer o diagnóstico e prescrever o tratamento adequado é de extrema importância a fim de evitar a formação de uma fístula oroantral e o acometimento subsequente do estado de saúde do paciente, envolvendo processos infecciosos<sup>3</sup>.

## OBJETIVO

O objetivo deste presente trabalho é relatar um caso clínico de fechamento de comunicação buco-sinusal utilizando o Corpo Adiposo de Bichat, comparando seus resultados com os registros obtidos na literatura encontrada.

## MÉTODO

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, avaliação do paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, de tratamentos submetidos e revisão da literatura.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 62 anos, leucoderma, procurou atendimento odontológico no serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife, Brasil, com queixa dolorosa após exodontia em região posterior de maxila esquerda. Foi prescrito para paciente em questão antibioticoterapia pré cirúrgica com amoxicilina 500mg com clavulanato de potássio 125mg a cada 8 horas por 10 dias, com o intuito de controlar o quadro infeccioso presente no seio maxilar e evitar complicações pós operatórias.

1372

Ao exame físico intraoral observou-se a maxila totalmente edêntula, afundamento em região de pré molares no lado esquerdo e sinais flogísticos nos tecidos subjacentes (Fig. 1.).

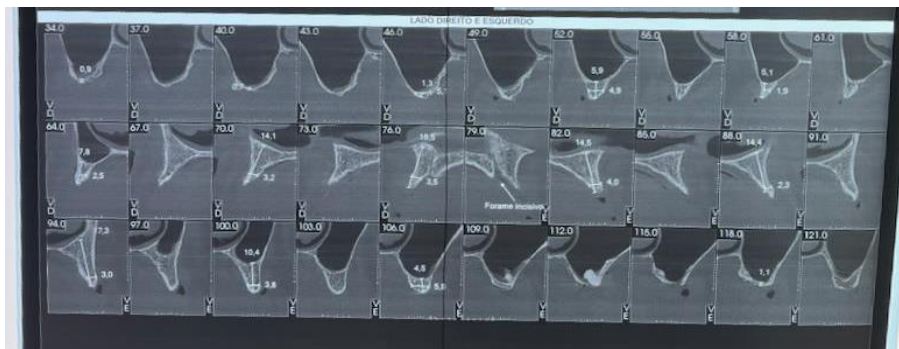


**Fig. 1:** Aspecto intrabucal pré operatório

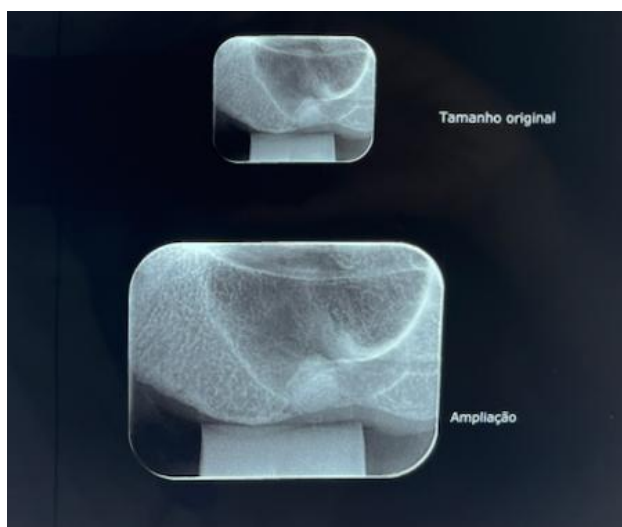
### Exames complementares:

A tomografia computadorizada de feixe cônico evidenciou aspecto atrófico do rebordo ósseo alveolar nas regiões edêntulas por ausência funcional. Constatou-se a presença

de imagem de maior densidade, de forma conóide, no assoalho do seio maxilar esquerdo, na região do dente 26, compatível com resto radicular do mesmo elemento (Fig. 2.).



**Fig. 2:** Cortes coronais da tomografia computadorizada cone beam



**Fig. 3:** Radiografia periapical

### Conduta cirúrgica

Há algumas técnicas cirúrgicas indicadas para o tratamento desta condição, tais como o retalho vestibular, palatino e dentre outras técnicas. O proposto para esse caso foi o fechamento do defeito ósseo com o corpo adiposo bucal sob anestesia local. Seguiu-se com assepsia e antissepsia com clorexidina 0,2%, aposição dos campos operatórios estéreis, anestesia local com lidocaína a 2% e epinefrina 1:100000 em região de fundo de vestibulo maxilar com objetivo de bloquear o nervo alveolar médio e posterior do lado esquerdo. Por meio do retalho de Newman (referência) foi realizado descolamento mucoperiosteal para exposição do defeito e do resto radicular associado.

A exodontia foi realizada com auxílio de um periótomo reto para minimizar os riscos de excursão do mesmo para o interior do seio maxilar (Fig. 4).



**Fig. 4:** Aspecto do defeito ósseo após exodontia

A partir disso, foi realizado uma incisão linear no interior do retalho e divulsão por planos para expor o corpo adiposo bucal, sendo ele mobilizado com auxílio de uma pinça hemostática levemente curva (Fig. 5).

1374



**Fig. 5:** Mobilização do corpo adiposo com pinça hemostática levemente curva

Foi realizada sutura do corpo adiposo na mucosa palatina (Fig. 6.) com vicryl 3-0 e a sutura do retalho com Nylon 4-0. A prescrição pós operatória foi Dipirona 1g a cada 6 horas

por 03 dias e Dexametasona 4mg a cada 08 horas por 03 dias. Além disso, uso tópico de clorexidina 0,12% junto a orientações pós operatórias cotidianas de cirurgias intra bucais.



**Fig. 6:** Sutura do corpo adiposo na mucosa palatina



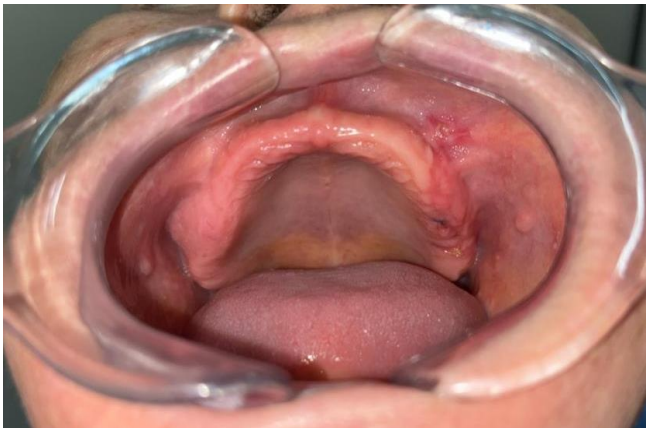
**Fig. 7:** Aspecto da ferida cirúrgica no pós operatório imediato

### **Evolução:**

Nas consultas de controle pós operatório com 07 (Fig. 8.) e 15 dias (Fig. 9.), a paciente evoluiu bem, sem queixas álgicas, com a ferida cirúrgica mantida sem débito ou deiscência. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial periódico.



**Fig. 8:** Após 07 dias.



**Fig. 9:** Após 15 dias

## DISCUSSÃO

Os sinais e sintomas relacionados à comunicação buco-sinusal vão caracterizar-se pela passagem de ar, alimentos e fluidos entre as cavidades nasal e oral, dor facial e dores de cabeça, com estas últimas podendo ocorrer devido à infecção na região dos sinus maxilares. A presença de purulência, hiposmia ou anosmia, febre, halitose, fadiga, dor dentária, tosse, dor de ouvido e pressão na orelha também podem ser relatados<sup>1</sup>.

O diagnóstico dessa complicação é confirmado por meio dos aspectos clínicos predominantemente, podendo o cirurgião dentista lançar mão da técnica de Valsalva, 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 diagnóstico e a

utilização de retalhos locais (vestibular e/ou palatino), retalhos deslizantes, sutura das bordas, enxertos, e a manipulação do corpo adiposo da bochecha são técnicas cirúrgicas relatadas na literatura para o tratamento das CBS. O retalho vestibular está associado ao edema local e redução da profundidade do sulco vestibular, o que pode necessitar de uma vestibuloplastia, enquanto o retalho palatino pode estar associado à maior incômodo e cicatriz ao paciente devido ao desnudamento do palato<sup>1,2</sup>.

É consenso na literatura que a técnica do Corpo Adiposo de Bichat é simples e oferece excelente vascularização, rápida epitelização e ótimos resultados, entretanto a sua utilização não é a técnica de escolha imediata para todos os casos, uma vez que o cirurgião deve considerar o tamanho da comunicação para designar o devido tratamento<sup>3</sup>.

Caso ocorra uma comunicação oroantral, as medidas apropriadas são a necessidade de prevenir uma variedade de seqüela, sendo as mais preocupantes a sinusite pós-operatória e a formação de fístula crônica oroantral. A probabilidade de que esses dois problemas ocorram está relacionada com o tamanho da comunicação oroantral e a conduta após a exposição do seio<sup>4</sup>.

A bola adiposa de Bichat é uma massa de tecido adiposo, que se interpõe entre o músculo bucinador e o músculo masseter, com volume de aproximadamente 10ml, sendo formado por um corpo e quatro extensões, tais como: bucal, pterigóideo, temporal superficial e temporal profundo. Seu suprimento sanguíneo se origina dos ramos temporais profundos da artéria maxilar, do ramo transversal da artéria temporal superficial e dos ramos da artéria facial. Anatomicamente, o tecido de Bichat pode estar relacionado ao ducto parotídeo e ao VII nervo craniano e durante sua divulsão é fundamental manter a integridade da cápsula que o envolve para permitir o descolamento único da massa, pois caso contrário pode haver aumento do edema, dos sintomas e redução da vascularização, contribuindo para o desenvolvimento de necrose ou infecção<sup>5</sup>. Esse pediculado encapsulado separa os músculos mastigatórios, sendo portanto um tecido adiposo do tipo sissarcose, não sendo sujeito ao metabolismo lipídico, assemelhando-se ao tecido adiposo periorbital e podendo ser facilmente diferenciado do tecido adiposo subcutâneo<sup>6</sup>.

A bola de Bichat é também de fácil acesso, o aumento de um retalho mucoperiosteal e uma incisão horizontal no periósteo na zona superior-posterior da tuberosidade da maxila superior, geralmente é o suficiente para ganhar acesso a esse tecido adiposo<sup>7</sup>. O estudo de Stajčić utilizou essa técnica em 56 comunicações orossinusais com sucesso e oferece uma



série de recomendações: em primeiro lugar, a incisão periosteal pode ser desnecessária nos casos em que há a laceração vertical do periósteo vestibular. Segundamente, ao levantar o retalho, a incisão periosteal não deve exceder 5 mm de tamanho, pois em alguns casos o tecido adiposo excessivo pode emergir da incisão e complicar a visualização do campo cirúrgico. A partir do momento em que a camada de gordura se torna visível dentro da cavidade oral, a aspiração da zona cirúrgica deve ser realizada de forma intermitente para evitar a aspiração do tecido adiposo – causando danos resultantes ao suprimento de sangue. Por fim, o cuidado é necessário no manuseio da massa adiposa, a fim de evitar danificar os vasos sanguíneos; em particular, o uso de pinças na porção proximal da cápsula deve ser evitado, uma vez que poderia resultar na necrose dos lobos adiposos distais<sup>8</sup>. Os autores mencionados no estudo relataram que a camada de gordura bucal exposta dentro da cavidade oral sofre epitelização dentro de 2-3 semanas e como resultado não é necessária cobertura total com o retalho para garantir o sucesso do tratamento. Essa epitelização ocorre tanto na zona oral quanto na zona sinusal<sup>7,8</sup>.

As vantagens da utilização da gordura de Bichat irão se configurar em: procedimento rápido e simples, taxas mínimas de falhas, anestesia local, ausência de cicatrizes visíveis, baixa morbidade e ausência de perda de profundidade do sulco. Em relação às desvantagens tem-se o uso único, a possibilidade de trismo pós-operatório, uso limitado para defeitos pequenos e médios e ausência de suporte rígido<sup>9</sup>.

O fechamento primário pode garantir um suprimento sanguíneo suficiente e proteção adequada para que ocorra uma resposta eficaz de cicatrização óssea. O tecido adiposo deve ser introduzido suavemente no defeito cirúrgico de modo a manter o pedículo vascular e não deve ser suturado sob tensão. Tal procedimento proporciona uma rica vascularização no local, uma proteção mecânica e uma fonte abundante de células-tronco adultas derivadas do tecido adiposo. A epitelização, como dito anteriormente, leva de duas a três semanas; com a gordura atuando como base para o crescimento do epitélio. O tecido de granulação se desenvolve primeiro, seguido pelo epitélio estratificado que migra da margem gengival<sup>6,9</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso clínico abordado corroborou com a literatura, demonstrando que o uso da bola de Bichat é um tipo de reconstrução aceitável, versátil e de técnica cirúrgica simples,

apresentando um resultado extremamente satisfatório. Entretanto, apesar de ser um método conveniente e confiável, seu uso é limitado para a reconstrução de pequenos a médios defeitos intra-orais, sendo por vezes escassos.

## REFERÊNCIAS

1. ROCHA, CBS; Cavalcante, MB; Uchôa, CP; Oliveira e Silva, ED; Marcelino, IMP. Bola de Bichat para tratamento de fístula buco-sinusal: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe*, v. 20 , n.1, p. 34-38, jan./mar. 2020. *Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - BrJOMS*.
2. SCARTEZINI, GR; Oliveira, CFP. Fechamento de comunicação buco-sinusal extensa com bola de Bichat: relato de caso. *Rev Odontol Bras Central*. 2016.
3. NOVAIS-JUNIOR, MIL; Almeida, MSC; Costa, CHM; Sousa-Filho, LF; Mendes-Junior, OR. Uso do corpo adiposo de Bichat para fechamento de comunicação oroantral. *Odontol. Clín.-Cient., Recife*. 2015.
4. HUPP, JR; Ellis, E; Tucker, MR; *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 6. ed. Rio de Janeiro: Ed Elsevier, 2015.
5. ROCHA JF, Souza AL, Sanchez MPR, Ribeiro ED, Hochuli-Vieira E. Cierre de fístula buco-sinusal con injerto pediculado de la bola adiposa de Bichat: Protocol propuesto. *Braz J Oral Maxillofac Surg*. 2015.
6. GALLEGO L, Junquera L, Pelaz A, Hernando J, Megías J. The use of pedicled buccal fat pad combined with sequestrectomy in bisphosphonate-related osteonecrosis of the maxilla. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012.
7. ABAD-Gallegos M, Figueiredo R, Rodríguez-Baeza A, Gay-Escoda C. Use of Bichat's buccal fat pad for the sealing of orosinusal communications. A presentation of 8 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011.
8. STAJČIĆ, Z.. The buccal fat pad in the closure of oro-antral communications: a study of 56 cases. *J Craniomaxillofac Surg*. 1992.
9. ALLAIS M, Maurette PE, Cortez AL, Laureano Filho JR, Mazzo-netto R. The buccal fat pad graft in the closure of oroantral communications. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008.
10. RAPIDIS 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.
11. MARTIN-GRANIZO R, Naval L, Costas A, Goizueta C, Rodriguez F, Monje F, Muñoz M, Diaz F. Use of buccal fat pad to repair intraoral defects: review of 30 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1997.

12. FRANCO-CARRO, B; Barona-Dorado, C; Martínez-González, MJ; Rubio-Alonso, LJ; Martínez-González, JM. Meta-analytic study on the frequency and treatment of oral antral communications. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011.