

# *Fechamento de Comunicação Buco-antral com a Bola Adiposa de Bichat - Relato de Caso*

## *Closure of Oroantral Communication Using Buccal Fat Pad Graft - Case Report*

*José Carlos Martins Junior\**, *Frederico Santos Keim\*\**, *Mariana Schmidt Kreibich\*\**.

\* Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital Santa Catarina e Santo Antônio de Blumenau / SC, Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau-FURB.

\*\* Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau - FURB.

Instituição: Universidade Regional de Blumenau - FURB.  
Blumenau / SP - Brasil.

Endereço para correspondência: José Carlos Martins Junior - Rua Armando Odebrecht 70, sala 1006 - Garcia - Blumenau / SC - Brasil - CEP: 89020-400 - Telefone: (+55 47) 3322-4389 - E-mail : j.c.martinsjr@bol.com.br

Artigo recebido em 6 de junho de 2007. Artigo aceito em 12 de outubro de 2007.

### **RESUMO**

#### **Introdução:**

Existem muitas causas de fístulas que envolvem a cavidade nasal, sinusal ou ambas, podendo estas ser resultado de uma entidade patológica ou secundárias à remoção de lesões tumorais ou císticas dos maxilares. Contudo, as fístulas buco-antrais são freqüentes pós-extrações de dentes molares e pré-molares superiores. Isso é favorecido pela íntima relação entre os ápices desses dentes e os seios maxilares associados à diminuta espessura do assoalho destes seios. Quando ocorre uma falha no fechamento primário dessas fístulas durante as primeiras três semanas pode ser indicada uma reparação secundária. No tratamento dessas comunicações estão presentes manobras que visam o fechamento de forma direta ou com o deslizamento de retalhos mucosos, todos com um mesmo alto índice de insucesso.

#### **Objetivo:**

O presente artigo tem a intenção de relatar um caso clínico de fechamento secundário de fístula buco-antral.

#### **Relato do Caso:**

Tratamento cirúrgico de fístula buco-antral presente há 6 meses, pós exodontia de molar, pelo uso da técnica da bola adiposa da bochecha como enxerto pediculado associado ao uso de retalho mucoso.

#### **Conclusão:**

O tratamento mencionado é um método cientemente simples, completo e permite uma extensa aplicabilidade na maioria dos casos.

#### **Palavras-chave:**

fístula buco-antral, fechamento de espaço ortodôntico, fístula bucal, fístula.

### **SUMMARY**

#### **Introduction:**

There are many causes of fistulas that involve the nasal and antral cavities or both. They may result from pathological entities or secondary to removal of tumors or maxillary cysts. However, the extraction of a maxillary molar or premolar is the most common cause of oroantral fistula. This is explained by the close relationship between the apex of these teeth and the thinness of the antral floor. When the primary fistula repair fails to heal spontaneously during the first three weeks after surgery, a secondary repair may be indicated. During treatment process of the fistulas, there are procedures to make a direct close or the use of a sliding mucosal flap, all techniques own an equal and high degree of failure.

#### **Objective:**

To show a case report of oroantral fistula and its closure.

#### **Case Report:**

A 6-month-Surgical treatment of oroantral fistula, after a tooth removal, using the buccal fat pad method as a pedicled graft associated with a sliding mucosal flap.

#### **Conclusion:**

The mentioned treatment is simple, complete and allows an extensive applicability in most of cases.

#### **Keywords:**

oroantral fistula, orthodontic space closure, oral fistula, fistula.

## INTRODUÇÃO

A etiologia das fístulas buco-antrais é bastante variada, entre elas podemos destacar patologias que acometem os maxilares, seqüelas de cirurgias para remoção de lesões tumorais ou císticas e, a mais comum, cirurgia para extração de dentes maxilares (pré-molares e molares). Vários métodos para o fechamento destas fístulas têm sido reportados na literatura, como KILLEY & KEY em 1967, que demonstraram a técnica por deslize de retalhos por vestibular ou palatino. Entretanto, esse método nem sempre é eficaz no tratamento dessas comunicações.

Frequentemente, uma fístula buco-antral menor que 2 mm de diâmetro fecha-se espontaneamente, porém quando o defeito é maior ou quando houver inflamação, infecção no seio maxilar ou na região periodontal, esta fístula requer tratamento cirúrgico para o seu fechamento completo (1).

A anatomia da bola adiposa da bochecha e a sua vascularização foram investigadas por TIDEMAN *et al.* em 1986, sendo descritas classicamente como tendo um corpo com quatro extensões: bucal, pterigóide, temporal superficial e temporal profundo, sendo o corpo a área de mais fácil acesso cirúrgico.

EGYEDI, em 1977, foi o primeiro a reportar o uso da bola adiposa de forma pediculada. E em 1983, NEDER fez referência ao uso da bola adiposa da bochecha como enxerto livre em 2 pacientes na reconstrução de defeitos orais artificialmente criados. Um estudo apresentado por TIDEMAN *et al.* em 1986, sobre o uso de enxerto pediculado com o corpo adiposo bucal na correção de defeitos bucal e maxilofacial concluiu que esses enxertos possuem bons resultados.

Sendo assim, buscamos relatar um caso clínico de fechamento secundário de fístula bucoantral pelo uso da técnica da bola adiposa da bochecha como enxerto pediculado associado ao uso de retalho mucoso.

## RELATO DO CASO

Paciente sexo masculino, 47 anos, leucoderma compareceu ao atendimento bucomaxilofacial da policlínica da cidade de Blumenau/SC com queixa de dor em hemiface esquerda e persistência de orifício não cicatrizado desde a extração de um dente superior há seis meses. Ao exame clínico observou-se fístula em rebordo alveolar de maxila esquerda, com comunicação com o seio maxilar e drenagem de pus após sondagem do orifício por uma cureta. Ao exame radiográfico observou-se velamento do seio maxi-

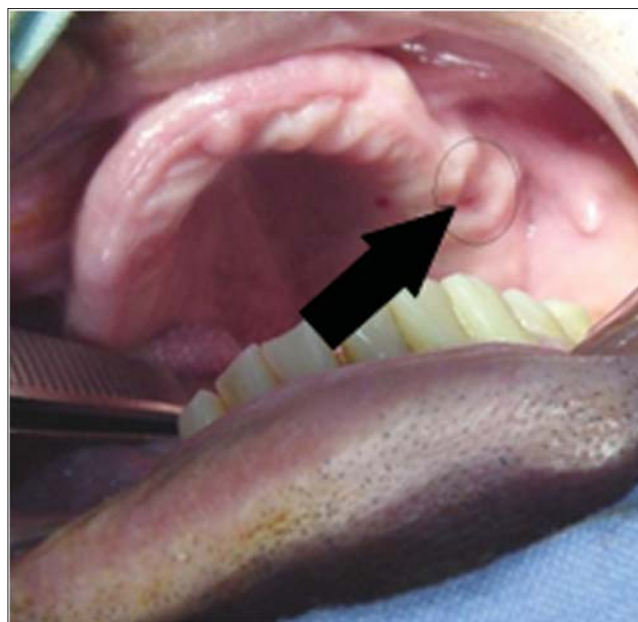


Figura 1. Comunicação bucosinusal.



Figura 2. RX panorâmico evidenciando o defeito ósseo.

lar esquerdo com falha de seu assoalho (Figuras 1 e 2), levando ao diagnóstico de sinusite crônica.

O tratamento instituído foi antibioticoterapia e medicação antiinflamatória para controle da infecção e posterior fechamento cirúrgico com o uso da técnica da bola adiposa da bochecha. Após 7 dias de uso da medicação o paciente foi submetido à nova avaliação, quando o mesmo mostrou-se assintomático e com a fístula sem drenagem de pus.

A cirurgia de fechamento se deu sob anestesia geral por entubação nasotraqueal. Deu-se início à abordagem com a infiltração de solução vasoconstrictora (adrenalina

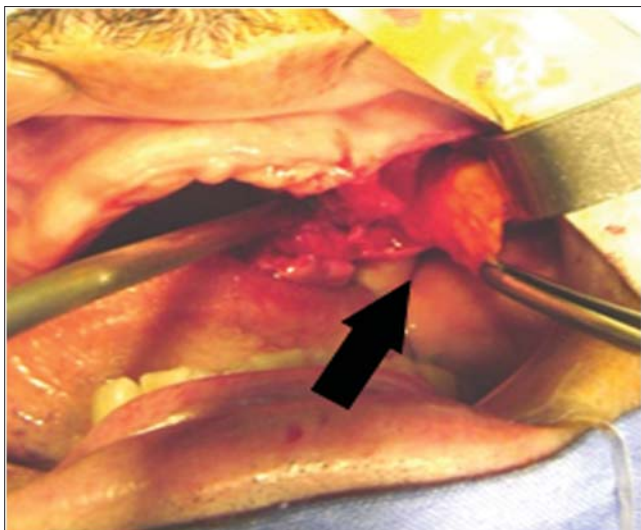


Figura 3. Tracionamento da bola adiposa.

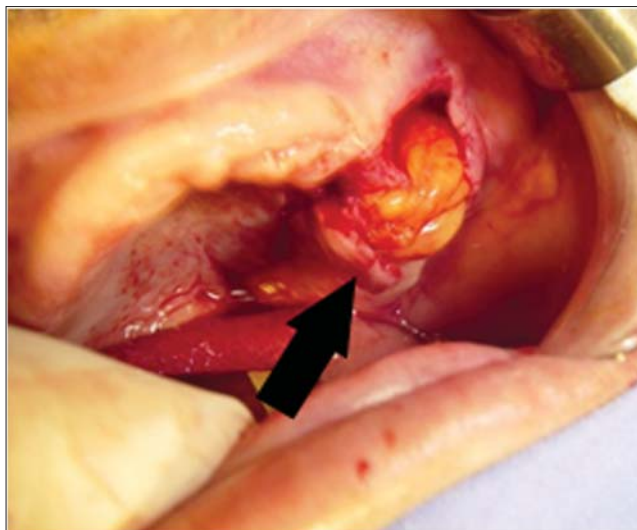


Figura 4. Exposição da bola adiposa.

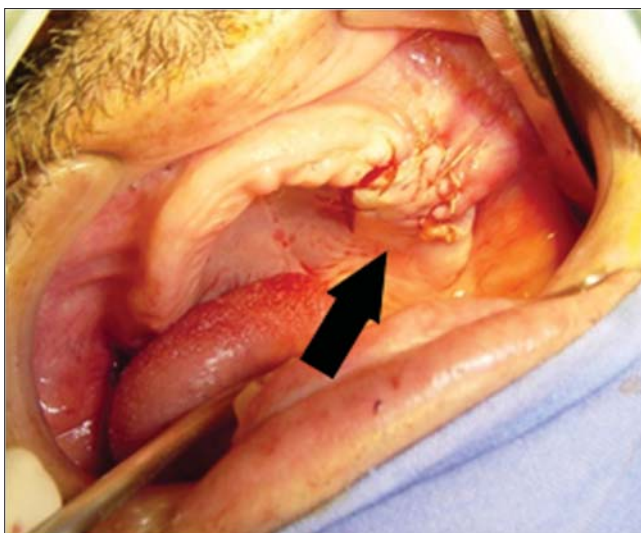


Figura 5. Aspecto final do fechamento da fistula.



Figura 6. Imagem 30 dias depois.

1/90.000) em área adjacente à perfuração e fundo de sulco maxilar esquerdo. Procedeu-se à incisão subperiosteal em cunha dos bordos da fístula com extensão superior em tábua vestibular até mucosa inserida. Com um descolador de Freer realizou-se o descolamento pósterio-superior, rente à parede maxilar até encontrarmos o corpo da bola adiposa. Nesse momento iniciou-se uma sucção leve com a ponta aspiradora, o que facilitou o deslocamento da gordura até a cavidade bucal. A bola adiposa foi gentilmente presa por uma pinça e tracionada até o defeito (Figuras 3 e 4).

Após cobertura completa do defeito ósseo, a gordura foi suturada à mucosa adjacente com fio catagute simples 3.0. Nesse momento, uma incisão longitudinal suprapariosteal, endereçando o palato duro, paralelo a

artéria palatina, foi realizada, descolada e rodada para cobertura da bola adiposa, sendo suturada à mucosa alveolar vestibular ao defeito (catagute 3.0 simples). Após a cirurgia o paciente foi medicado e orientado a não realizar pressão negativa intraoral e a abandonar o uso do aparelho protético por um período de trinta dias. O pós-operatório transcorreu sem complicações, sendo observado uma discreta perda da profundidade do sulco vestibular que não o impediu de usar a prótese total (Figuras 5 e 6).

## DISCUSSÃO

O fechamento primário de fístulas buco-antrais em 48 horas apresenta um índice de sucesso de 90 a 95%, e cai

para 67% quando o fechamento é secundário (5,6). Sendo este ainda um problema de difícil resolução. É imperativo que a sinusite seja tratada primeira. Diversos autores demonstraram que uma exposição de três dias do seio maxilar resulta em evidência radiográfica de patologia (7,8).

A bola adiposa da bochecha pode ser usada no fechamento das comunicações buco-antrais por ser seu sucesso comprovado na literatura e por não interferir com a profundidade do sulco vestibular. Devido sua posição anatômica, possui características favoráveis para ser utilizada como enxerto pediculado na reconstrução de defeitos intrabucais, especificamente na região posterior da maxila.

---

### CONCLUSÃO

---

O tratamento das comunicações buco-antrais utilizando o corpo adiposo da bochecha é um método simples, completo e permite uma extensa aplicabilidade na maioria dos casos. O suprimento sanguíneo da bola adiposa da bochecha não é afetado pelo seu deslocamento, uma vez que é tracionada e reposicionada entre o retalho e a parede maxilar. O caso operado evoluiu sem complicações e com a cura da sinusite crônica.

---

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Hanazawa Y, Itoh K, Mabashi T, Sato K. Closure of oro-antral communications using a pedicled buccal fat pad graft. *J oral Maxillofac Surg.* 1995, 53:771-775.

2. Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. *J oral Maxillofac Surg.* 1986, 44:435-440.

3. Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. *J Maxillofac Surg.* 1977, 5:241.

4. Nader A. Use of buccal fat pad for grafts. *Oral Surg.* 1983, 55:349.

5. Eppley B, Scfaroff A. Oro-nasal fistula secondary to maxillary argumentation. *Int Oral Surg.* 1984, 13:535.

6. Stajcic Z. The buccal fat pad in the closure of oro-antral communications - A study of 56 cases. *J Craniomaxillofac Surg.* 1992, 20:193.

7. Ericson S, Finne K, Persson G. A clinical - radiographic review of treated oro-antral communications. *Int J Oral Surg.* 1973, 2:185.

8. Haanaes H R, Pedersen K N. Treatment of oroantral communication. *Int J Oral Surg.* 1974, 3:124.