



**UNICEPLAC**

**Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC**

**Curso de Odontologia**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL, DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO: Relato de Caso**

Gama-DF

2021

**MICHELLY RIBEIRO PEREIRA DOS SANTOS**

**COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL, DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO : Relato de Caso**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Odontologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientador: Prof. Esp. Me. Dr. Antonio Eduardo Ribeiro Izidro.

**MICHELLY RIBEIRO PEREIRA DOS SANTOS**  
**MATRÍCULA 0013482**

**COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO : Relato de**  
Caso

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Odontologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama, 02 de dezembro de 2021.

**Banca Examinadora**

---

Prof. Antonio Eduardo Ribeiro Izidro  
Orientador

---

Prof. Examinador

---

# COMUNICAÇÃO BUCO SINUSAL, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO : Relato de Caso

Antonio Eduardo Ribeiro Izidro<sup>1</sup>

Michelly Ribeiro Pereira dos Santos<sup>2</sup>

**Resumo:** A comunicação buco-sinusal (CBS) é uma complicação na qual ocorre deformação no revestimento do seio maxilar, tecido gengival e ósseo que faz a delimitação do seio maxilar, proporcionando assim o acesso direto entre a cavidade oral e o seio maxilar. São muitos os fatores etiológicos, no entanto tendo como etiologia principal a exodontia de dentes superiores posteriores devido ao íntimo contato entre as raízes desses dentes com o assoalho do seio maxilar. O diagnóstico e o tratamento da CBS devem ser realizados o mais precoce possível através de exames clínicos e de imagem, evitando assim ocorrências de sinusite maxilar e fístula. Atualmente existem diversas técnicas de tratamento para a comunicação buco-sinusal, sendo que a escolha da melhor técnica deve ser baseada em análise de dados, como diâmetro do defeito, região, se existe presença de quadro infeccioso e área doadora. **Objetivo** deste trabalho é fazer uma breve revisão de literatura e abordar um relato de caso clínico de fechamento de comunicação buco-sinusal tratado com a bola gordurosa de *Bichart*.

**Palavras-chave:** Buco sinusal; Bola de Bichart; Retalho palatino; Fístula oroantral

**Abstract:** Buco-sinus communication (CBS) is a complication in which deformation occurs in the soft and bone tissue that causes the delimitation of the maxillary sinus, thus providing direct access between the oral cavity and the maxillary sinus. There are many etiological factors, however having as main etiology the tooth abuse of posterior upper teeth due to the intimate contact between the roots of these teeth with the floor of the maxillary sinus. The diagnosis and treatment of CBS should be performed as early as possible through clinical and, imaging examinations, thus avoiding occurrences of maxillary sinusitis and fistula. Currently there are several treatment techniques for buco-sinus communication, and the choice of the best technique should be made based on data analysis, such as defect diameter, region, if there is the presence of infectious condition and donor area. **The objective** of this work is to make a brief literature review and address a clinical case report of closure of buco-sinus communication treated with bichart's greasy ball.

**Keywords:** Sinus buco; Bichart ball; Palatine flap; Oroantral fistula

---

<sup>1</sup>Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial – Uniceplac – SES-DF. E-mail: [eduardo.izidro@uniceplac.edu.br](mailto:eduardo.izidro@uniceplac.edu.br)

<sup>2</sup>Graduanda do Curso Odontologia, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: [michellyribeiro.odonto@gmail.com](mailto:michellyribeiro.odonto@gmail.com)

## 1 INTRODUÇÃO

O seio maxilar é considerado uma estrutura anatômica bilateral da maxila, representada por uma cavidade cheia de ar, que se comunica com a fossa nasal através do óstio sinusal maxilar. Ao ser radiografado, o interior do seio apresenta aspecto radiolúcido e o limite da cavidade têm uma fina camada de tecido ósseo denso que radiograficamente se apresenta como uma linha radiopaca (ROCHA, 2020).

Pacientes com comunicação buco sinusal (CBS) enfrentam uma série de problemas em sua vida diária, alguns dos quais são: regurgitação de líquidos para a cavidade nasal, dificuldade em mastigar, engolir e falar, alterações no paladar, reduzindo assim a qualidade de vida (DOMINGUES *et al.*, 2016).

Para que se possa determinar a comunicação buco sinusal, se faz necessário a realização de exames clínicos e de imagem. Ao realizar o diagnóstico clínico recomenda-se o uso da inspeção visual e manobra de Valsava. As radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas seguem sendo o diagnóstico por imagem de primeira escolha (PSILLAS, 2021; BITTENCOURT, 2017; MILANI; THOMÉ, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2008).

Existem diversas técnicas para o tratamento da CBS e suas complicações, a escolha dependerá da análise de alguns fatores: se há indícios de processo infeccioso, localização, tamanho do defeito e região doadora para que se possa chegar na técnica que seja a mais acessível e eficaz para cada caso (PSILLAS *et al.*, 2021).

A bola gosrdurosa de Bichart tem sido a mais requisitada entre os profissionais pois apresenta alto índice de sucesso quando empregados no tratamento das CBS, tal feito é possível devido a rica vascularização, técnica relativamente simples e conseqüentemente proporcionando ao paciente um tratamento mais eficaz, com baixo índice de recidivas e o mínimo de desconforto possível (ROCHA, 2020).

O fechamento da CBS é extremamente importante, e tem como finalidade evitar a contaminação do seio maxilar, sendo que estando aberto ocorre a presença de resíduos de alimentos e até mesmo saliva no interior do seio maxilar que tem o potencial de desenvolver infecção bacteriana no local, conseqüentemente prejudicando o processo de cicatrização, acarretando a sinusite maxilar (SINHORINI *et al.*, 2020).

É importante ressaltar que independente da manobra cirúrgica empregada, é de grande valia os cuidados pós operatórios por parte do paciente, para que possa obter o sucesso do tratamento proposto (MILANI; DE ANDRADE; THOMÉ, 2014).

Sendo assim, este artigo tem como objetivo fazer uma breve revisão de literatura e abordar um relato de caso clínico de fechamento de comunicação buco sinusal, demonstrando a técnica cirúrgica com enxerto de bola gordurosa de *bichart*.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

O seio maxilar é uma estrutura pneumatizadas no interior do osso maxilar, bilateral, revestido por epitélio pseudo-estratificado que é semelhante ao epitélio respiratório, onde é produzido o muco sinusal. Passível de ocorrerem diversas complicações e patologias, inclusive de origem dentária. Assim, o cirurgião dentista deve estar capacitado a diagnosticar tais situações e tratar não somente o fator etiológico dentário, mas também o seio maxilar (PARISE & TASSARA, DA MOTA, 2016).

A função do seio maxilar é: aquecer e umidificar o ar inspirado, aliviar o peso do complexo craniofacial e fornece ressonância à voz (ROCHA et al., 2020; FARIAS; CÂNCIO; BARROS, 2015).

A CBS é descrita na literatura como entrada direta entre a cavidade oral e o seio maxilar onde ocorre o rompimento de tecido de revestimento do seio maxilar, tecido gengival e ósseo, ocasionado após a exodontia de elementos dentários superiores posteriores por conta da sua íntima proximidade anatômica ao seio maxilar, no entanto pode ser ocasionado também por outros fatores etiológicos, traumas faciais, destruição do assoalho do seio maxilar por lesões periapicais, excesso de instrumentação do alvéolo, infecções, remoção de cistos ou tumores do palato ou do seio maxilar (PARISE & TASSARA, 2016; SCARTEZINI, & OLIVEIRA, 2016).

As principais queixas de pacientes acometidos pela CBS são: alteração no paladar, escape de ar na boca, passagem de líquidos para o nariz, timbre nasal, halitose, coriza, dor na face (DOMINGUES, 2016; MAGRO FILHO et al., 2010).

Para que se possa ter êxito no tratamento da comunicação buco sinusal, é importante que se tenha um diagnóstico precoce e preciso, através de exames clínicos e radiográficos. Clinicamente emprega-se a inspeção visual e a manobra de Valsava. A manobra de Valsava é uma técnica de extrema importância no exame físico, deve ser empregada em todas as exodontias realizadas em região posterior de maxila, consiste em fechar as narinas do paciente com os dedos, logo em seguida solicitar que o mesmo faça pressão positiva, no qual promoverá a saída via alveolar de ar ou secreção pela fístula de

acordo com o estado do seio maxilar. Se houver saída de ar, secreção ou sangramento da área, então há presença de comunicação (MILANI; DE ANDRADE; THOMÉ, 2014; SOUZA, 2018).

No entanto, caso a manobra de Valsava resulte negativamente, é importante não excluir a probabilidade de perfuração, pois perfurações de pequenos diâmetros nem sempre é possível diagnosticar clinicamente, podendo então ser detectada em radiograficamente, na qual é possível observar a descontinuidade óssea do assoalho do seio maxilar (PARISE; TASSARA, 2016; PARVINI *et al.*, 2019).

Radiografia panorâmica sofre sobreposição, magnificação das estruturas anatômicas e limitações quando se trata de CBS de pequeno tamanho, no entanto possui grande importância ao interpretar o interior do seio maxilar comprometido, onde em comparação com o seio oposto pode ser observado radiopacidade difusa (velamento do seio) e presença de corpo estranho no interior do seio. Com o advento da tecnologia a tomografia computadorizada é um dos métodos de diagnóstico por imagem no qual mais tem se desenvolvido, considerado padrão ouro para diagnosticar a CBS, devido a sua meticulosidade: localização exata do defeito ósseo, grau de mineralização óssea, maior resolução de imagens, não apresentam magnificação de imagem, nem sobreposição, além de proporcionar visão tridimensional dos revedos alveolares (ROCHA, 2020/ FARIAS; CÂNCIO; BARROS, AHMED, 2015).

Segundo alguns autores, se a comunicação durar mais de 24 horas, conseqüentemente evolui para fístula buco-sinusal e vulnerável para outras complicações tais como sinusite maxilar (BITTENCOURT, 2017).

A sinusite maxilar aguda ou crônica é uma complicação atribuída a CBS que advém da contaminação do seio maxilar pela flora bucal, o que acaba impossibilitando o fechamento dessa comunicação se o seio estiver infectado. Para tratar a sinusite de origem dentária, é necessário atuar na causa dentária e sobre a sinusite. O uso de uma combinação de terapia medicamentosa e cirúrgica se faz necessário para o tratamento da sinusite maxilar (SOUZA, 2018; PARISE & TASSARA, 2016; AHMED, 2015). Segundo PSILLAS (2021) caso a sinusite não seja tratada adequadamente, tem potencial para evoluir para outras complicações.

A fístula buco-sinusal ocorre quando o esse canal de acesso direto sofre epitelização oriundo da proliferação dos tecidos que circundam a comunicação e conseqüentemente impede a cicatrização natural da CBS, nesse caso é necessário primeiramente o tratamento do seio maxilar com a remoção do trajeto fistuloso, logo

depois se utiliza o retalho para obliterar por completo da fístula (PARVINI *et al.*, 2019).

Na literatura é possível encontrar inúmeras técnicas descritas com o objetivo de obliterar a CBS, sendo que ainda é assunto de grandes discussões entre autores, algumas das técnicas são corpo adiposo bucal, retalho palatino rodado e retalho deslizante vestibular (PARVINI *et al.*, 2019). O que irá individualizar e instituir o tratamento será a avaliação de tamanho de defeito, localização e se há presença de processos infecciosos ou corpo estranho introduzido no seio maxilar. Em comunicações menores que 2mm não há necessidade de intervenção cirúrgica, desde que não haja infecção. No caso de comunicações maiores de 3mm de diâmetro e com indícios de infecção é sugerido o uso de retalhos vestibular, retalho palatino, bola gordurosa bucal (BITTENCOURT, 2017).

O corpo adiposo bucal está localizado anatomicamente no espaço mastigatório e envolvido por uma cápsula fibrosa, a bola de Bichat consiste em um corpo e quatro ramos ou extensões: bucal, pterigoideo, temporal superficial e temporal profundo, sendo o corpo o sítio com mais facilidade de acesso cirúrgico (SOUZA, 2018). Ao empregar a bola de Bichat cirurgicamente, é necessário que se faça a preservação da cápsula do corpo adiposo e a base do pedículo deve ser larga, para não ser tornar um enxerto livre, devendo dar atenção também a sutura, no qual não deve ser realizada sob alta tensão, para que possa evitar assim a necrose tecidual (COSTA *et al.*, 2018).

Sendo considerada uma técnica relativamente simples a bola de Bichart apresenta como vantagens a sua suprimentação sanguíneo que advém da artéria maxilar, temporal e facial que minimizam a ocorrência de necrose, elasticidade, rápido e com alto índice de sucesso, sem cicatrizes visíveis e que não interfere na profundidade do sulco vestibular e maior conforto pós cirúrgico ao paciente e como desvantagem essa técnica pode ser utilizada apenas uma vez, possível trismo, não oferece suporte rígido, possibilidade de depressão da bochecha (SOUZA, 2018; SCARTEZINI; DA MOTA, 2016).

Segundo Farias *et al.*, (2015), o retalho palatino possui indicação para fechamento de CBS que possuem abertura maior ou igual a 7mm. Como vantagens apresenta boa irrigação, preservação do sulco vestibular e ausência de tensão na sutura dos tecidos.

As desvantagens do retalho palatino são: difícil rotação do retalho palatino, probabilidade de ocorrer necrose tecidual, hemorragia da artéria palatina maior, proporciona certo incômodo aos pacientes por conta da área cruenta que ficará exposta e que irá cicatrizar por segunda intenção e o paciente fica temporariamente impedido de fazer uso da prótese (PARISE & TASSARA, 2016; SILVEIRA *et al.*, 2008).



A aplicação do retalho bucal vestibular tem sido um dos mais utilizados para fechamento de fístulas e CBS, pela facilidade de execução, a baixa morbidade, utilizado em abertura igual ou maior a 5mm. Tendo como desvantagem a perda da profundidade do sulco vestibular (SOUZA, 2018; BITTENCOURT, 2017; PETERSON *et al.*, 2000).

Segundo Bittencourt (2017) o profissional deve prescrever o seguinte protocolo medicamentoso para o paciente: antibiótico, antiinflamatório, analgésico e descongestionante. Seguidos de algumas orientações de suma importância, não soar o nariz, e realinhar a dieta nas primeiras 24 horas pós cirurgia para uma dieta leve (ROCHA, 2020; AHMED, 2015).

Para COSTA et al., (2018), o melhor tratamento da CBS segue sendo a prevenção. No entanto, caso o mesmo já tenha ocorrido, é de extrema importância que o profissional possua conhecimento das técnicas cirúrgicas, bem como seus benefícios para que assim possa traçar o tratamento da CBS mais adequado, visando as características da CBS e a individualização de cada paciente e evitando efeitos indesejáveis e/ou deletérios a saúde do paciente.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A pesquisa será do tipo exploratório descritiva, para a execução foi realizada uma revisão de literatura abrangendo o período de 2010 até 2021 juntamente com pesquisa exploratório descritiva (relato de caso).

A coleta dos dados será realizada em setembro de 2021 em três bases de dados: *Publisher Medline* (PUBMED), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando a combinação de dois ou três dos seguintes descritores em Ciências da Saúde (Decs) em português: “Buco sinusal. Enxerto. Retalho palatino”.

Anamnese da paciente M.S.B.F., no Hospital de Base do Distrito Federal, apresentando uma comunicação buco sinusal no qual o tratamento proposto foi com enxerto de bola gordurosa de *bichart*.

#### 4 RELATO DE CASO

Paciente M.S.B.F., 22 anos de idade, gênero feminino, após falha em tentativa de extração do 3º molar esquerdo em clínica particular, a paciente compareceu ao Hospital de Base do Distrito Federal acompanhado pelo cirurgião dentista. Relatou como queixa principal “Dente deslocado para seio maxilar”.

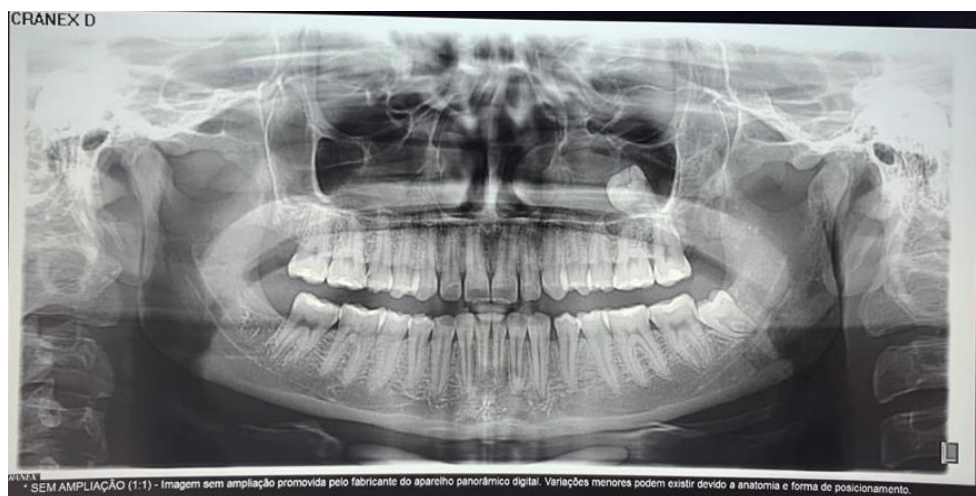
Durante a anamnese, paciente informou que a suspeita de comunicação buco sinusal se deu logo após a tentativa de exérese do elemento dental 28, ainda na anamnese o bucomaxilofacial foi informado de que a paciente passou por profilaxia antibiótica prévia ao procedimento cirúrgico. Paciente sem alterações de ordens sistêmicas, negou sangramento local abundante, negou alergias.

Ao exame físico apresentou – BEG, LOTE, orientado no tempo e espaço, VAP (vias aéreas pérvias), eupneica, deambulando e contactando.

Durante a avaliação intrabucal a paciente apresentou boa amplitude de abertura de boca, o alvéolo do dente 28 se apresentou sem sangramento ativo e sem sutura, com gaze posicionada na região. Foi executado a manobra de Valsava, resultando positivamente para comunicação bucos sinusal, sem sangramento abundante ativo ou qualquer outra anormalidade.

Foi solicitado radiografia panorâmica (**Figura 1**), que evidenciou descontinuidade óssea do assoalho do seio maxilar e a presença do elemento dental nº 28 em porção posterior do seio maxilar esquerdo.

**FIGURA 1** – Radiografia panorâmica evidenciando a descontinuidade do osso do assoalho do seio maxilar e a presença do elemento dental 28 no seio maxilar.



Fonte: Prof. Dr. Antonio Eduardo Ribeiro Izidro

O plano de tratamento proposto a paciente foi a remoção do elemento dental que estava no interior do seio maxilar e o fechamento da comunicação buco sinusal, por meio da técnica com utilização da bola adiposa de Bichat. A paciente concordou com o tratamento proposto e recebeu orientações pré operatórias.

No protocolo pré-operatório foi prescrito Clavulin 875mg (amoxicilina associada com clavulanato de potássio), dipirona sódica, tenoxicam, fluimucil, salsep e clorexidina 0,12% para antisepsia do meio oral. Segundo o cirurgião residente a conduta adotada foi o agendamento ambulatorial da paciente 15 dias após o início do protocolo de medicação, para a remoção do dente que estava alojado no interior do seio maxilar esquerdo e fechamento da comunicação bucosinusal.

O ato cirúrgico foi realizado sob anestesia local por bloqueio do nervo infraorbital, bloqueio do nervo alveolar superior posterior e palatino maior, com lidocaína 2% com epinefrina 1:100 000. Primeiramente foi realizado acesso cadwell luc (**Figura 2A**) para retirada do elemento dentário 28 e logo depois a retirada do dente (**Figura 2B e 2C**) que se encontrava no interior do seio maxilar esquerdo, ocorrendo sem complicações.

**FIGURA 2A** – Acesso Cadwell luc.



**FIGURA 2B** – Acessando o interior do seio maxilar para remoção do elemento dental.



Fonte: Prof. Dr. Antonio Eduardo Ribeiro Izidro

**FIGURA 2C** – Elemento dental removido



Fonte: Prof. Dr. Antonio Eduardo Ribeiro Izidro

A remoção do elemento dental do interior do seio maxilar ocorreu sem complicações, realizado irrigação abundante na cavidade e logo em seguida sutura com fio de nylon 5-0. Em seguida, realizado o acesso e debridamento do alvéolo 28, seguido de exploração e tracionamento de bola de *bichat* em região adjacente ao dente 28 (**Figura 2 D**).

Por fim foi executado a inserção de bola de *Bichat* em alvéolo do dente 28. Após a sutura da bola, a mucosa também foi reposicionada e suturada com fio de nylon 4-0, finalizando o procedimento cirúrgico.

**FIGURA 2D** – Exposição e tracionamento de bola de Bichart para o interior do alvéolo



**Fonte:** Prof. Dr. Antonio Eduardo Ribeiro Izidro

Para o pós operatório seguiu o protocolo com antibioticoterapia Amoxicilina com Clavulanato (de 8 em 8 horas durante 7 dias), controle da dor com analgésico dipirona sódica 500mg (6 em 6 horas, durante 3 dias) antisepsia da cavidade oral com clorexidina 0,12%, anti-inflamatório tenoxicam, uso de descongestionante nasal e orientações pós operatória, onde a paciente foi orientada a não assoar o nariz, não utilizar canudo, espirrar de boca aberta entre outras recomendações cirúrgicas de rotina. Sendo que todas as orientações devem ser respeitadas até a próxima avaliação.

O pós operatório transcorreu sem complicações, a paciente retornou ao ambulatório após 7 dias do procedimento cirúrgico, foi avaliada e encontrava se em resposta cicatricial favorável, e a remoção da sutura foi realizada. Conseqüentemente levando ao êxito do fechamento da comunicação buco sinusal.

## 5 DISCUSSÃO

As comunicações buco-sinusais (CBS) foram descritas, como sendo acidentes e complicações incomuns raras (PARVINI *et al.*, 2019). Contrariando totalmente ROCHA *et al.*, (2020), que apontam essas complicações como sendo um dos mais comuns na prática odontológica durante exodontias de molares.

Em relação a localização da CBS, para PARVINI *et al.*, (2019), a região de segundos molares é a de maior incidência com 45%, seguido pelos terceiros molares 30% e os primeiros molares 27,2%. Os primeiros pré-molares são os menos frequentes, representando apenas 5,3% dos casos.

Por outro lado, AHMED, (2015) com relação a localização, defende que os acidentes mais frequentes ocorrem com os segundos pré molares superiores seguido dos primeiros molares superiores. Podendo, no entanto, ser ocasionado também por outros elementos dentários que possuam íntima ligação com o seio maxilar.

Quanto aos fatores etiológicos, a grande maioria dos autores, como PARISE & TASSARA, (2016) afirmam que a fístula buco-sinusal acontece com frequência após extrações de dentes posteriores superiores, fato esse ocorrido no relato de caso, no qual apresentou a CBS. Todavia, DA MOTA (2016) relata que tal complicação também pode ocorrer após traumas, remoção de cistos e tumores, infecções dentais, excesso de instrumentação e osteomielite

Para alguns autores as radiografias periapicais, póstero-anterior de Waters, oclusal superior e panorâmicas são consideradas como de primeira escolha pelos profissionais, pois em tais técnicas radiográficas são possíveis a visualização da cavidade oral, seio maxilar e ruptura da linha radiopaca que delimita o assoalho do seio maxilar afetado em comparação com o lado adjacente e a presença de possível corpo estranho que foram instruídos para o interior do seio (FARIAS; CANCIO; BARROS, 2015; MAGRO FILHO *et al.*, 2010).

Já para PSILLAS *et al.*, 2021, a Tomografia Computadorizada é o exame de imagem padrão ouro mais indicado para avaliação da comunicação buco sinusal, devido a sua desenvoltura, pois proporciona riqueza em detalhes, sem magnificação, sem sobreposição. Permitindo, ainda avaliar parâmetros anatômicos, tais como osso disponível, relação entre osso cortical e trabeculado, grau de mineralização óssea e diferença entre tecido não descartáveis em outras modalidades de diagnóstico.

Para SCARTEZINI; OLIVEIRA (2016), a persistência da comunicação buco-sinusal pode estar diretamente ligada ao desenvolvimento de sinusite maxilar e que primeiramente o quadro deve ser tratado para que então o reparo cirúrgico seja realizado. O tratamento baseia-se na prescrição de amoxicilina 500 mg + clavulanato de potássio 125 mg de 8 em 8 horas por 14 dias, descongestionantes sistêmicos (anti-histamínico) e nasal tópico (spray de corticoide) e spray hidratantes (soro fisiológico 0,9%). Concordando com Psillas et al., (2020), mantendo como protocolo farmacológico no pós-operatório, o uso de amoxicilina associado ao clavulanato de potássio para combater as infecções polimicrobianas a cada 8 horas no período de 7 dias e dipirona sódica 500mg a cada 6 horas, em casos de dor, uso de descongestionantes nasais tópicos e ainda devida recomendação de dieta líquido-pastosa, espirrar com a boca aberta, evitar assoar no nariz, não fumar ou beber líquido através de canudos. Segundo PEREIRA et al., (2004), antibióticoterapia não influencia no fechamento da fístula buco-sinusal e quando o defeito é pequeno tende a reparar-se espontaneamente, ao contrário dos defeitos maiores que dificilmente fecham.

O tratamento cirúrgico para a CBS ainda é motivo de longas discussões entre alguns autores levando a várias vertentes. Há autores que defendem o uso de retalho palatino rodado, pois afirmam que está técnica dispõe de um retalho espesso rico em suprimento sanguíneo (artéria palatina maior) aumentando assim o índice de sucesso sem risco de necrose tecidual (FARIAS, CÂNCIO & BARROS, 2015).

SENHORINI (2020), relatam que o retalho palatino deslizante apresenta contração quando levantados do osso doador, exige uma cicatrização por segunda intenção que acaba proporcionando ao paciente dor e desconforto na região de tecido ósseo exposto, além de aumentar o risco de infecção.

O fechamento de uma CBS de forma primária dentro das 48 horas pode apresentar um índice de sucesso de 90 a 95%, e regride para 67% quando o fechamento venha ser secundário. No caso em questão, foi proposto o tratamento com Bola de *Bichat*, em razão de oferecer um procedimento cirúrgico rápido, simples e com alto índice de sucesso, devido esta estrutura anatômica possuir elasticidade, excelente suprimento sanguíneo e proteção adequada para uma resposta eficaz (MAGRO FILHO *et al.*, 2010).

O autor Da Mota (2016), apresenta a técnica de enxerto com bola de *Bichat* sendo utilizado em defeitos pequenos e médios de até 5mm. Contrariando Parvini et al., (2019), que defendem o uso dessa técnica em aberturas de até 10mm.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o que foi exposto, pode se dizer que as CBS são complicações intempestivas e que o cirurgião dentista tem total potencial de evitá-las, realizando um plano prévio, com avaliação minuciosa tanto do exame clínico quanto dos exames radiográficos, obtendo êxito no planejamento cirúrgico, paciente seguro e confortável e consequentemente prognóstico excelente.

Portanto com a revisão de literatura acrescida ao relato de caso, pode-se concluir que as técnicas cirúrgicas disponíveis são de fato eficazes, porém deve ser levado em consideração as características de cada comunicação para que se possa empregar a técnica mais indicada tornando-as resolutiva para as diferentes dimensões de comunicação que podem ocorrer entre o seio maxilar e a cavidade oral. O início do tratamento deve ser executado o quanto antes, tornando-o mais eficiente, aumentando o índice de sucesso e evitando infecções do seio maxilar e instalação de fístula bucosinusal.

Lembrando que para a correção cirúrgica da fístula oro-antral deve aguardar até a remissão completa da infecção do seio maxilar. Todas as manobras cirúrgicas apresentadas (Bola gordurosa de Bichart, retalho palatino rodado, retalho vestibular deslizante e outros) para fechar as comunicações oro-antrais oferecem limitações. Cabe ao dentista o discernimento para avaliar e decidir qual é a melhor técnica a ser empregada.

E a técnica adotada no caso relatado, demonstrou que a utilização da Bola de Bichat para correção da CBS é simplista, proporciona ganhos positivos ao paciente e seguro.

## REFERÊNCIAS

AHMED WMS. Closure of Oroantral Fistula Using Titanium Plate with Transalveolar Wiring. *J Maxillofac Oral Surg.* 2015;14(1):121–125.

BITTENCOURT, K. P. Comunicação buco sinusal diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. Aracajú, 2017.

BORGONOVO, A.E.; BERARDINELLI, F.V.; FAVALE, M.; MAIORANA, C. Surgical options in oroantral fistula treatment. *The open dentistry Journal*, v. 6, p. 94-98. 2012.

COSTA, M. R.; LINS, N. A. E.; DE ANDRADE, T. I.; CASTANHA D. M. .; MOURA, C. C. N.; VASCONCELOS, R. G. Comparison of surgical methods of treatment for the closure of communication sinusal buco: A literature review. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, Vol.24,n.2,pp.154-158 Set - Nov 2018.

DA MOTA, I. C. L. D. Tratamento cirúrgico simultâneo da comunicação oroantral e da sinusite maxilar odontogénica-revisão bibliográfica. Dissertação de investigação do programa de mestrado integrado em medicina dentária apresentado à faculdade de medicina dentária da universidade do Porto, p. 1-32. Porto – Portugal, 2016.

DOMINGUES, J. M.; CORRÊA, G.; FERNANDES FILHO, R. B.; HOSNI, E. S. Palatal obturator prosthesis: case series. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol*, v.64, n.4, p. 477-483, 2016.

FARIAS, J. G. D., CÂNCIO, A. V., & BARROS, L. F. (2015). Fechamento de fístula bucosinusal utilizando o corpo adiposo bucal- Técnica convencional x técnica do túnel Relato de casos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, 15(3), 25-30.

FERREIRA, G.Z.; AITA, T.G.; CERQUEIRA, G.F.; DANIEL, A.N.; FILHO, L.I.; FARAH, G.J. Tratamento da fístula bucosinusal pela técnica do retalho pediculado do corpo adiposo bucal: relato de caso. *Arq. Odontol.*, Belo Horizonte, v. 47, n. 3, p. 162-169, jul./set. 2011.

MAGRO FILHO, O.; GARBIN JR, E., P. D., FELIPETTI, F. A. Fechamento de Fístula Buco-Sinusal Usando Tecido Adiposo Bucal. *Rev. Odontol. Bras. Central*, v. 19, n. 50, p. 725-729, 2010.



MILANI, C. M., de ANDRADE SOUZA, K S., & Thomé, C. A. (2014). Tratamento cirúrgico de fístula bucossinusal de grande extensão: Relato de caso. *Odonto*, 22(43-44), 93-100.

OLIVEIRA, C. F. P. Fechamento de comunicação buco-sinusal extensa com bola de bichat: Relato de caso. *Rev. Odontol. Bras. Central* 2016;25(74).

PARISE, G. K.; TASSARA, L. F. R. Tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: uma revisão da literatura. *PERSPECTIVA*, Erechim. v. 40, n. 149, p. 153-162, 2016.

PARVINI P, OBREJA K, BEGIC A, SCHWARZ F, BECKER J, SADER R. Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. *Int J Implant Dent*. 2019;5(1):13.

PEREIRA, F. L.; FARAH, G. J.; PASSERI, L. A.; PAVAN, A. J. Aplicação do corpo adiposo bucal para o encerramento de fístula bucossinusal. Relato de caso. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, v. 45, n. 4, p. 221-226, 2004.

PSILLAS G, PAPAIOANNOU D, PETSALI S, DIMAS GG, CONTANTINIDIS J. Odontogenic maxillary sinusitis: Uma revisão abrangente. *J Dent Sci*. 2021;16(1):474-481.

PETERSON, J.L.; ELLIS, E.; HUPP, R.J.; TUCHER, R.M. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 3. ed. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, p. 470-7. 2000. SCARTEZINI, GR.;

ROCHA, C B S.; CAVALCANTE, M B.; UCHOA, CP.; OLIVEIRO & SILVA.; EMANUEL, D.; MARCIELLE, P. Bichat ball for the treatment of buco-sinusal fistula: case report *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac* ; 20(1): 34-38, jan.-mar. 2020. ilus

SINHORINI, T. C. D. S., DUARTE, G. L. C., MOMESSO, N. R., MUNERATO, M. S., & CARDOSO, C. L. (2020). Fechamento de comunicação buco-sinusal utilizando o corpo adiposo bucal: Relato de Caso Clínico. *Rev. Salusvita (Online)*, 77-90.

SILVEIRA, V. M.; NETTO, B. A.; CÔSSO, M. G.; FONSECA, L. C. A utilização da tomografia computadorizada na avaliação da comunicação bucossinusal. *Arq. Bras. Odontol*. 2008; 4(1):24-27.

## **AGRADECIMENTOS**

Ser dentista é um sonho que está prestes a se concretizar e tenho muito a agradecer as pessoas que foram extremamente importantes nessa trajetória.

Agradeço primeiramente a Deus, que em sua infinita misericórdia me deu o dom da vida e me conduziu por todo esse caminho me proporcionando chegar até aqui.

Aos meus pais Ibiraci Ribeiro e Ronaldo Santos que me apoiaram e sempre estiveram ao meu lado, as palavras não podem expressar o quão grato sou a vocês, em especial a minha mãe que se dedicou aos cuidados das minhas filhas, para que eu pudesse me dedicar aos estudos. Amo vocês!

Aos meus irmãos Leonardo Ribeiro, Ronald Ribeiro e Marcela Beatriz Ribeiro que foram meus companheiros, me mostraram por diversas vezes que eu não estava sozinha nessa longa jornada

As minhas filhas Manuela Venâncio e Hadassah Venâncio que são meus maiores amores, minha força de todos os dias, que mesmo com a pouca idade, por muitas vezes entenderam a minha ausência e que são minhas maiores incentivadoras, eu luto diariamente em prol de vocês duas.

Aos amigos que Deus me presenteou durante a odontologia, duplinha Thaynara por muitos ensinamento e amizade, Silvana Meireles que com sua imensa sabedoria me deu refúgio e ao meu amigo Leonardo Lima, que de coração foi um encontro de almas, amizade essa que me rendeu aprendizado, confidências e muitos risos.

Aos meus amigos da universidade e professores que estiveram comigo durante essa longa jornada, me passaram conhecimento, experiência tanto de vida quanto profissional.

Ao meu amor, melhor e eterno amigo, Ernane Venâncio agradeço por confiar em mim, investir e me motivar nesse sonho tão nosso. E por ser o pai exemplar para as nossas filhas, homem de caráter e respeito, muito especial em nossas vidas.

E por fim, não menos importante ao meu prezado e querido orientador Antonio Eduardo Ribeiro Izidro, pela dedicação, compreensão, amizade e incentivo permitindo assim que eu pudesse hoje estar concluído esse trabalho.