

ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA FECHAMENTO DE FÍSTULA OROANTRAL PELA TÉCNICA DE RETALHO PALATINO: RELATO DE CASO

SURGICAL APPROACH TO CLOSURE OF OROANTRAL FISTULA USING THE PALATAL FLAP TECHNIQUE: CASE REPORT

FELIPE DE ALMEIDA MONTEIRO

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – UNISJ.

ROBSON GOMES PORTO

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – UNISJ.

ODENI FONTAINHA WOELBERT TEIXEIRA

Cirurgião Dentista.

JOÃO CARLOS DOS SANTOS

Chefe de equipe médica do Hospital Municipal Salgado Filho, Staff do serviço de Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Municipal Salgado Filho.

RAFAEL MEIRA PIMENTEL

Doutor e Mestre em Odontologia; Coordenador da Especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – UNISJ, Especialista Bucomaxilofacial.

RESUMO

A comunicação bucosinusal ou oroantral é relatada na literatura como uma técnica para fechamento de grande fístula oroantral como um retalho de transposição lateral com um retalho palatino com base anterior. O mucoperiósteo do terço posterior do palato duro, que é flexível, é elevado para cobrir grandes defeitos sem deixar nenhuma área cruenta exposta considerável¹. O diagnóstico é realizado através de métodos clínicos e radiográficos. A fístula e as comunicações recebem esse termo quando há infecção, secreção ou drenagem associada². O tratamento imediato, sempre que possível, deve ser iniciado, evitando que haja infecção do seio e inicie uma sinusite maxilar. Nos casos tardios de instalação prévia de uma sinusite, deve se tratar do mesmo antes da conduta para o fechamento cirúrgico da fístula bucosinusal. O objetivo deste trabalho é relatar uma fístula oroantral, em um paciente masculino, na 4ª década de vida, sem doenças pré-existentes, com a técnica de fechamento de fístulas bucosinusais por meio de rotação de retalho palatino, após exodontia do elemento dentário³.

Palavras-chave: Fístulas oroantrais; Seio Maxilar; Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Bucosinusal or oroantral communication is reported in the literature as a technique for closing a large oroantral fistula as a lateral transposition flap with a palatal flap with an anterior base. The mucoperiosteum of the posterior third of the hard palate, which is more flexible, is elevated to cover large defects without leaving any considerable open bloody area¹. The diagnosis is made using clinical and radiographic methods. Fistula and communications receive this term when there is infection, discharge or associated drainage². Immediate treatment, whenever possible, should be started, avoiding sinus infection and starting maxillary sinusitis. In the late cases of previous installation of a sinusitis, it must be treated before the procedure for the surgical closure of the bucosinusal fistula. The objective of this study is to report an oroantral fistula, in a male patient, in the 4th decade of life, without pre-existing diseases, with the technique of closing oral mucosal fistulas by rotating the palatine flap after extraction of the dental element³.

Keywords: Oroantral fistulas, Maxillary Sinus, Oral Surgery.

INTRODUÇÃO

Os seios maxilares são os maiores de todos os seios paranasais, além de serem cavidades aéreas bilaterais, auxiliam no fluxo de ar que é inspirado e expirado pelo sistema respiratório. Possuem paredes delgadas, que são frequentemente transfixadas pelos ápices de raízes de dentes posteriores superiores.

Outros fatores, porém, menos frequentes são relatados na literatura como traumatismos pelo uso inadequado de instrumentos, destruição do seio por lesões periapicais e remoção de cistos e tumores do palato ou do seio maxilar⁴. Sequelas decorrentes da radioterapia como osteorradição e fístula decorrente de tratamento deficiente para sinusites, podem resultar em comunicações oroantrais⁵. Entidades patológicas como leishmaniose, goma sífilítica e noma, podem provocar necrose e perfurações no seio maxilar⁶.

Um dos sinais de grande importância para o diagnóstico de perfuração oroantral, é a passagem de alimentos e líquidos da cavidade oral para o seio maxilar vindo a estimular refluxo para a cavidade nasal. O paciente pode apresentar timbre nasal, halitose, coriza, alterações degustativas, cefaleia em casos de sinusite, corrimento nasal unilateral, tosse noturna devido secreção de exsudato pela faringe. A deglutição de exsudato pode produzir anorexia matinal no paciente. Em diagnóstico tardio, pode acarretar epistaxe e algia hemifacial^{7,8}.

Para tais tipos de comunicações, tanto o tratamento imediato quanto o tardio são descritos na literatura. Sempre que possível, o profissional dentista deve intervir no momento em que ocorre a comunicação, enquanto que o tratamento tardio é estabelecido em situações na qual o paciente comparece com uma fístula bucosinusal já estabelecida e/ou na falha de um fechamento primário^{9,10}.

Quando o cirurgião-dentista nota que uma houve comunicação bucosinusal, deve certificar-se de que o dente foi completamente extraído e então remover todos os fragmentos que possam induzir sequestro ósseo. A membrana mucosa sobre o alvéolo deve ser tracionada por meio de suturas simples, certificando que se forme um coágulo no alvéolo. Sob nenhuma circunstância deve-se preencher o alvéolo com qualquer material que possa impedir a cicatrização¹¹.

Em comunicações antigas, as bordas do orifício comumente apresentam-se lisas e algumas vezes observa-se a presença de tecido hiperplásico, que prolifera em direção à cavidade bucal¹². Em casos de comunicações de pequena extensão, mais difíceis de serem evidenciadas clinicamente, preconiza-se utilizar a manobra de Valsalva que consiste na expiração nasal forçada^{13,14}.

Em condutas instituídas no tratamento imediato, varia desde a manutenção do coágulo sanguíneo, seguido de antibioticoterapia, uso de descongestionante nasal e cuidados por parte do paciente até a confecção de retalhos mucoperiosteais vestibulares e/ou palatinos que possibilitem o fechamento completo da comunicação¹⁵.

O propósito deste trabalho é relatar uma técnica de tratamento em um caso de fístula oroantral, através de retalho palatino em uma comunicação direta de raiz dentária com o seio maxilar, favorecendo na orientação de profissionais quanto ao diagnóstico e conduta clínica apropriada. Esta técnica apresenta vantagens de boa irrigação do retalho sem tensão tecidual, preservação de fundo de sulco vestibular, sendo eficaz e com resultados satisfatórios em comunicações tardias de tamanhos variados¹⁶.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino A.C.A.S., 4ª década de vida e sem doenças pré-existentes, apresentou-se ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Municipal Salgado Filho, situado na Rua Arquias Cordeiro 370, Méier - Rio de Janeiro – RJ. Paciente relatou à equipe que, por volta de 3 meses, foi submetido a um procedimento cirúrgico de exodontia do elemento 16, e que posteriormente, “ao beber água, o líquido sai pelo meu nariz” (SIC).

Ao exame intrabucal, foi notado um orifício na região de palato (Figura 1), onde foi diagnosticada uma fístula bucosinusal na região correspondente ao elemento 16 e cuja imagem radiográfica foi evidenciado um aspecto de fragmento dentário retido internamente a esse (Figura 2). Ao exame físico foi orientado ao paciente para que se fizesse a Manobra de Valsalva, onde foi observada secreção purulenta ativa.



Figura 1: Orifício na região de palato na região correspondente ao elemento 16.



Figura 2: Radiografia da região do elemento 16 com imagem sugestiva de fragmento dentário e de comunicação.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, foi indicado antibioticoterapia com Amoxicilina + Clavulanato de potássio 500mg + 125mg de 8/8h, durante sete dias e agendada cirurgia sob anestesia local. O paciente é instruído que sob nenhuma circunstância ele pode elevar a pressão em seu nariz por meio de assopros até que a cicatrização tenha ocorrido¹¹.

O tratamento que foi preconizado para esse paciente, foi o fechamento da fístula oroantral utilizando retalho palatino deslizante em espessura parcial e remoção do fragmento do alvéolo (Figura 3). Realizou-se um retalho palatino deslizante em espessura parcial, sendo rotacionado e posicionado fechando a comunicação existente (Figura 4 A-B-C). O fio utilizado foi VICRYL 4.0 de Ácido Poliglicólico, para síntese do retalho sobre a comunicação (Figura 5). A antibioticoterapia foi mantida por mais 5 dias após a cirurgia.



Figura 3: Fragmento removido ao redoer da fístula.

Figura A

Figura B

Figura C

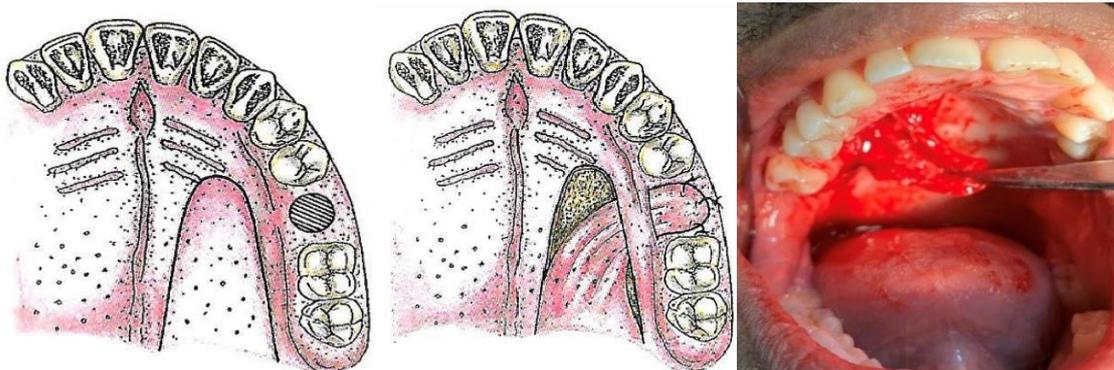


Figura 4: Esquema da técnica retalho palatino.

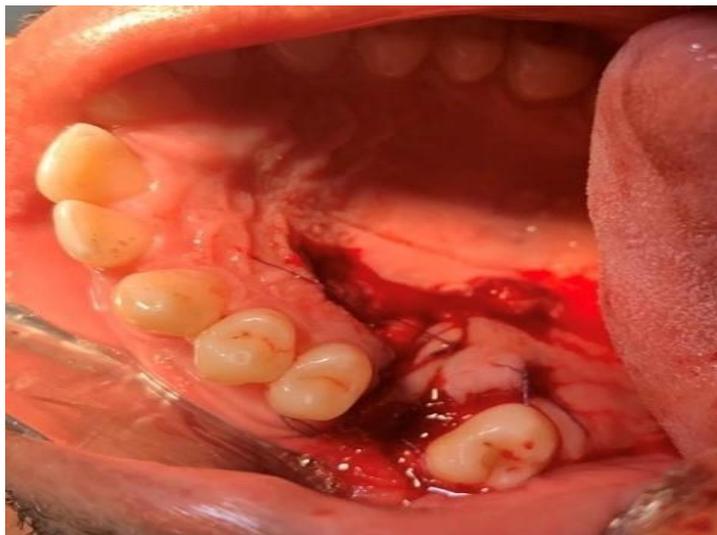


Figura 5: Utilização de VICRYL 4.0 reabsorvível para síntese do retalho sobre a comunicação.

Foi prescrito um enxaguatório bucal com Digluconato de Clorexidina 0,12%, de 12 em 12 horas, 30 minutos após as escovações, para inibir a colonização de microrganismos nos elementos dentários. A técnica de rotação de retalho palatino mostrou-se plausível. Com 15 dias de pós-operatório foi feita a remoção de sutura. Não houve sinais infecção, fístula oroantral ou necrose tecidual, com boa cicatrização do local (Figura 6). Nos demais controles pós-operatórios não foram observados quaisquer sinais de recidiva, já com fechamento definitivo da lesão (Figura 7).



Figura 6: Em três semanas foi observada epitelizeção quase por completa.



Figura 7: Aspecto final da lesão após 60 dias após a cirurgia.

CONCLUSÃO

Após análise da literatura contemporânea e dos casos tratados no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Municipal Salgado filho, concluímos que as fistulas oroantrais devem ser tratadas de maneira imediata para se obter um melhor prognóstico. Porém, se o paciente já estiver com a comunicação bucosinusal ou sintomas de infecção, o tratamento proposto é eliminar a sinusite maxilar para subseqüentemente realizar o procedimento cirúrgico.

Todas as técnicas cirúrgicas (rotação de retalho palatino, deslizamento de retalho vestibular, enxerto livre de tecido conjuntivo, enxertos ósseos etc.). para fechamento de fistula oroantral possuem suas restrições. O profissional cirurgião dentista deve avaliar e exercer a conduta mais adequada. A manobra de Valsalva é uma manobra realizada ao exame físico no diagnóstico de fistula oroantral, devendo ser conveniente sempre que indicada pelo cirurgião dentista.

A localização, tamanho e a presença de elementos dentários adjacentes a fístula oroantral é um critério de suma importância para determinar a melhor conduta. A técnica do retalho palatino mostra-se eficiente no fechamento de comunicações bucosinusal.

REFERÊNCIAS

- SALINS PC, KISHORE SK. Anteriorly based palatal flap for closure of large oroantral fistula. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., 82(3): 253-256, 1996.
- Punwutikorn J, Waikakul A, Pairuchvej V. Clinically significant oroantral communications - a study of incidence and site. Int J Oral Maxillofac. Surg. 1994; 23(1): 19-21.
- SILVEIRA RL, SANTOS MESM, TAKAHASHI A, BOUGUIGNON AM, HEITZ C. Tratamento de fístula bucosinusal através de retalho palatino. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.8, n.1, p. 33, jan./mar. 2008
- Peterson JL, Ellis E, Hupp RJ, Tucher RM. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 3a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 47-7, 2.
- Graziani M. Cirurgia Bucomaxilofacial. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 41-3, 1995.
- Raldi FV, Sardinha SCS, ALBERGARIA-BARBOSA, J.R. Fechamento de comunicação bucosinusal usando enxerto pediculado com corpo adiposo bucal. RevBrasOdont, v. 7, p. 6-3, 2
- Garcia RR, Rabelo LRS, Moraes M, Moreira RWF, Albergaria-Barbosa JR. Utilização de enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha no tratamento de comunicações oroantrais. Rev Port Estomat. Med Dent e Cir Maxilofac, v. 41, p. 17-24, 2.
- Valente C. Emergências em Bucomaxilofacial clínicas, cirúrgicas e traumatológicas. Rio de Janeiro: Editora Revinter, p. 245-6, 1999.
- Miranda RF, Amorim RH, Rettore Junior R. Tratamento de comunicações bucosinusais pós-exodontia. Revista do CROMG. 1999; 5(1):60-3.
- Schow SR. Doenças odontogênicas do seio maxilar. In: Peterson LJ, Eliis III E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 462-477.
- Moore UJ. Princípios de Cirurgia Buco Maxilo facial. 5a ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 24.
- Rezende RA, Heitz C. Comunicação bucosinusal e buconasal. In: Zanini SA. Cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial. Rio de Janeiro: Revinter; 1990.p. 431-48.
- GRAZIANI, M. Cirurgia Bucomaxilofacial. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 401-3, 1995.
- SAAD NETO, M.; CALLESTINI, E.A. Tratamento Imediato de comunicação bucosinusal com esponja de gelatina. Rev Reg Araçat APCD, v. 6, p. 35-9, 1985
- Peterson LJ. Prevenção e tratamento das complicações cirúrgicas. In: Peterson LJ, Eliis III E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 256-73.
- Silveira RL, Santos MESM, Takahashi A, Bourguignon AM, Heitz C. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.8, n.1, p. 29 - 34, jan./mar. 2008