



Tratamento de fístula buco-sinusal: revisão de literatura e relato de caso clínico

Surgical treatment of oroantral fistula: review of the literature and report of case

Martha Alayde Alcantara Salim

Doutoranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Unesp
Mestre em Patologia Bucodental pela UFF
Professora de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faesa

Roberto Prado

Doutor em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial pela UFRJ
Professor Adjunto de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Uerj
Professor Titular de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Unigranrio e da ABO-RJ

Bárbara Gadioli

Thayla Mantovaneli Almeida

Alunas de Atualização em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Associação Brasileira de Odontologia/Vila Velha (ES)

Resumo

A fístula buco-sinusal representa uma complicação freqüente em extrações dentárias, que ocorre devido à íntima relação das raízes dos dentes superiores posteriores com o assoalho do seio maxilar. Este artigo tem como objetivo revisar os métodos cirúrgicos para fechamento de fístula buco-sinusal usando diversos tipos de retalhos intrabucais e descrever em um relato de caso clínico a técnica que utiliza retalho rotatório palatino.

Palavras-chave: fístula buco-sinusal; retalhos cirúrgicos.

Abstract

The oroantral fistula represents a frequent complication in dental extractions, due to the close relationship between the roots of the subsequent superior teeth with the floor of the maxillary sinus. The aim of this article is to revise the surgical methods for closing the oroantral fistula using several types of intrabuccal flaps, and to describe a case report of the palatine flap technique.

Keywords: oroantral fistula; surgical flaps.

Introdução

A comunicação buco-sinusal e, conseqüentemente, a fístula buco-sinusal compreende uma complicação freqüente em extrações dentárias. Os acidentes operatórios são as causas mais comuns de comunicações buco-sinusais, ocorrendo após extrações de dentes ou restos radiculares, curetagem dos alvéolos após extração, remoção cirúrgica de dentes inclusos, fraturas de tábuas ósseas vestibulares ou durante enucleação de cistos ou tumores em íntima relação ao seio maxilar. Isso ocorre devido à localização e à íntima relação das raízes dos dentes superiores posteriores com o assoalho do seio maxilar, dessa forma deve-se ter uma grande atenção e cuidado durante as exodontias destes elementos dentais. Segundo ZANINE (16), os dentes superiores posteriores apresentam íntima relação com o seio maxilar, obedecendo a seguinte ordem: primeiro molar, segundo molar, segundo pré-molar, terceiro molar, primeiro pré-molar e, às vezes, canino.

O apoio incorreto dos instrumentais cirúrgicos, como a alavanca, pode levar ao deslocamento do elemento dental durante a exodontia, causando não só uma comunicação buco-sinusal, mas também a entrada do dente para o interior do seio maxilar (10, 11).

Outros fatores etiológicos são descritos como responsáveis pela formação de comunicações buco-sinusais, como as lesões traumáticas da maxila por objetos pérfuro-cortantes, armas brancas ou projéteis de arma de fogo; lesões patológicas que envolvam o seio maxilar ou a cavidade oral causando por contigüidade uma comunicação buco-sinusal; infecções do seio maxilar ou da cavidade bucal que causem destruição óssea e formação de seqüestro ósseo; além de causas necróticas menos comuns como necrose por radiação ou intoxicações por mercúrio, fósforo, bismuto, entre outros. Isto é, qualquer destruição óssea que leve a uma situação de continuidade entre o seio maxilar e a cavidade oral ocasionam uma comunicação buco-sinusal (11).

As fístulas buco-sinusais podem ser avaliadas e diagnosticadas através de radiografias intra e extrabucais, onde observaremos em alguns casos descontinuidade do assoalho do seio maxilar ou mais comumente o velamento do mesmo devido à associação das fístulas buco-sinusais com sinusites maxilares agudas ou crônicas. Outra finalidade do exame radiográfico é avaliar a presença de corpos estranhos ou dentes que estejam alojados dentro do seio maxilar. Dentre as radiografias que podem ser solicitadas estão radiografias periapicais da região, radiografia panorâmica, radiografias para a análise dos seios maxilares como póstero-anteriores fronto-naso e mento-naso.

Comunicações pequenas serão visualizadas de forma mais

precisa através de radiografias periapicais da região. As incidências radiográficas extrabucais como as incidências de Waters evidenciaram comunicações maiores e, além disso, poderemos observar o velamento de parte do seio maxilar comparada com o lado oposto. Esse velamento acontece devido ao acúmulo de sangue, restos de osso, restos de alimentos que passaram através da comunicação para o interior do seio maxilar. Para uma análise criteriosa, pode-se tornar necessária a realização de tomografias computadorizadas para avaliar adequadamente a região sinusal (11).

Apenas o fechamento da fístula buco-sinusal não é indicativo de sucesso, independentemente do retalho realizado, pois é sabido que as condições do seio maxilar serão fundamentais, pois este na maioria das vezes apresenta-se com infecções agudas ou crônicas e com drenagem de secreção purulenta (11).

São prescritas irrigações diárias do seio maxilar com soro fisiológico 0,9% associado à água oxigenada 10 volumes ou água destilada, instilação nasal e inalação, melhorando dessa forma a drenagem do seio e a condição clínica do mesmo (10, 11).

O emprego de antibióticos específicos será importante para o tratamento devendo ser mantido até a infecção ser debelada (5). Após esses procedimentos quando o seio maxilar apresentar-se clinicamente sadio, sem secreção purulenta será possível o fechamento plástico.

Vários tipos de retalho podem ser usados, desde retalhos rotatórios palatinos e vestibulares desli-zantes até retalho de gordura bucal e de língua.

Relato de Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 42 anos de idade, compareceu na Unidade de Saúde da Prefeitura de Vila Velha/Curso de Atualização em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da ABO-VV/ES. Apresentava clinicamente (Figura 1) uma fístula na região de rebordo de molares superiores e relatou ter realizado extração dentária traumática na região há três meses. Sua queixa era sobre a passagem de líquidos da região oral para a região nasal e a presença de secreção amarelada pela área da fístula. Foi realizada Manobra de Vasalva e constatou-se uma fístula buco-sinusal. Foram pedidas radiografias, oclusal, panorâmica e PA mento-naso na qual observou-se a descontinuidade da linha do assoalho do seio maxilar e seu velamento característico de sinusite maxilar. Uma semana antes da intervenção cirúrgica iniciou-se antibioticoterapia com amoxicilina 500mg via oral de 08/08 horas, irrigações diárias do seio maxilar com soro fisiológico, inalação e instilação nasal. A cirurgia foi realizada sob anestesia local.

O retalho de escolha foi o rotatório palatino, preservando a artéria palatina para que obtivéssemos uma irrigação satisfatória no local. O local da fístula foi debridado para proporcionar margens cruentas e o retalho palatino foi então deslocado em direção à fístula e suturado (Figura 2). Foi utilizado cimento cirúrgico para proteger a área doadora que se apresentava cruenta, após a rotação do retalho (Figura 3).

No pós-operatório, continuamos com a utilização de antibiótico por 10 dias, antiinflamatório por cinco dias e analgésico em caso de dor. O paciente foi observado semanalmente até o período de cicatrização final (Figura 4).



Figura 1. Fístula buco-sinusal

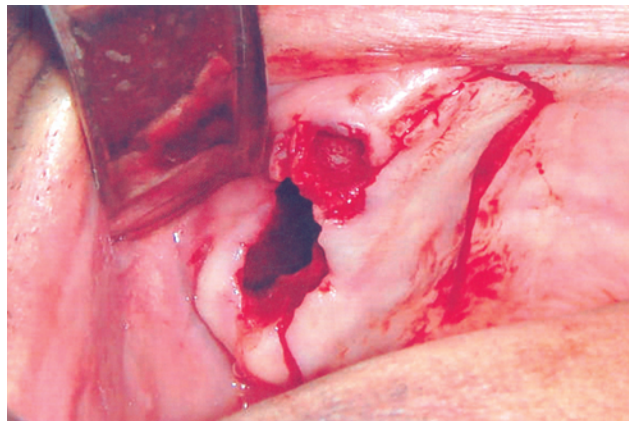


Figura 2. Observar a grande perda óssea após a realização do debridamento da fístula buco-sinusal

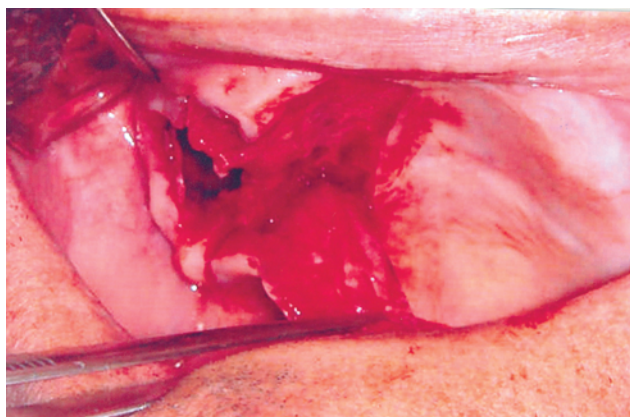


Figura 3. Fechamento cirúrgico da fístula, através de retalho rotatório palatino e colocação de cimento cirúrgico na área cruenta do palato

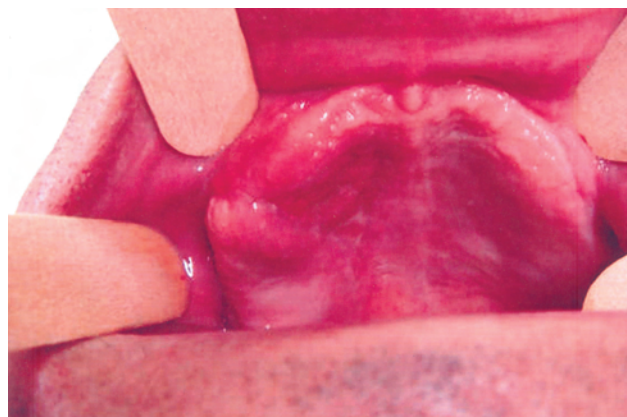


Figura 4. Período de 3 semanas de cicatrização

Discussão

Diversos tipos distintos de fechamento de fístulas foram propostos durante anos. No entanto a escolha de um tipo de intervenção cirúrgica irá depender do tipo de comunicação, da localização e, principalmente, do tamanho da mesma. Deve-se realizar uma inspeção nas paredes do alvéolo onde foi realizada exodontia, no tecido de recobrimento e a presença ou não de dentes vizinhos, pois esses fatores também influenciarão no seu tratamento de escolha.

O uso de retalho de gordura bucal (coxim gorduroso de Bichat) para fechamento de fístula buco-sinusal e oronasal foi relatado pela primeira vez por EGYEDI (4), que utilizou como pedículo para fechamento de defeitos maxilares pós-operatórios. NEDER (9) relata dois casos de uso do pedículo gorduroso bucal para fechamento pós-traumático.

VUILLEMIN & RAMON (15) relatam o uso do coxim gorduroso para cobertura de enxertos de costela e ilíaco em reconstrução imediata de defeitos maxilares. Atualmente o uso de coxim gorduroso de Bichat tem sido muito difundido para fechamento de fístulas buco-sinusais. HANAZAWA *et al.* (7) relatam o uso desse retalho para fechamento de 14 fístulas buco-sinusais entre 8 e 20 mm. Treze dos 14 casos tiveram sucesso com a epitelização em 2 a 3 semanas, apenas um caso teve pequena recidiva.

BAUMANN (3) utiliza o retalho bucal gorduroso para reconstruções orais. Foi observado que o maior defeito ósseo obliterado foi de 5,5x4cm. Não foi observada nenhuma desvantagem estética e nem mastigatória. O vestíbulo foi minimamente obliterado no fechamento de grandes fístulas oro-antrais. Deglutição e fala não foram afetadas nas reconstruções de palato mole.

RAPIDIS (12) descreve o uso de retalho gorduroso bucal em comunicações oro-antrais de tamanho pequeno e médio e também como alternativa após excisões de malignidades orais. Observaram que treze pacientes tiveram sucesso em 3 a 4 semanas e que em dois casos parte do retalho foi perdido. No entanto é unânime entre os autores que esta técnica necessita de experiência cirúrgica e que, em alguns casos, pode ser muito mórbido para os pacientes. Dessa forma antes de ser usada devem ser pesados os benefícios e a experiência do cirurgião.

Além disso, a literatura relata casos de fechamento de fístulas buco-sinusais utilizando retalho de língua. KLOPP & SCHURTER (8) foram os primeiros a descrever a técnica em que um pedículo da borda lateral da língua foi utilizado para reparar defeitos no palato duro. GUERREO-SANTOS & ALTAMIRANO (6) utilizaram retalho de língua para reparar fendas palatinas. SIEGEL (14) relata a técnica utilizada para fechamento de fístulas oro-antrais. No entanto por ser uma técnica muito difícil e com certos inconvenientes de fala e deglutição não é atualmente o retalho de escolha para fechamento de fístulas buco-sinusais.

O uso de retalhos deslizantes bucais e retalho rotatório palatino (em forma de raquete) compreendem atualmente um dos mais utilizados retalhos para fechamento de fístulas oro-antrais isso devido principalmente à facilidade de realização, a pouca morbidade, a possibilidade de utilizar sob anestesia

local e, principalmente, devido, no caso do retalho palatino, à espessura adequada e à grande vascularização concedida pela artéria palatina maior que fica presente no retalho (10, 11, 16).

Muitos autores preferem a utilização de retalhos deslizantes em vez de retalhos de rotação, pois deixarão uma área menos cruenta possuindo uma boa vascularização. No entanto em casos em que o fechamento através do deslizamento do retalho não foi obtido de forma adequada, isto é, sem tensão, incisões relaxantes palatinas paralelas à artéria palatina maior poderão ser realizadas. Como todo procedimento cirúrgico, este apresenta controvérsias, em casos de comunicações extensas em que o fechamento sem tensão não poderá ser conseguido devemos dar preferência para retalhos rotatórios, além disso, os retalhos deslizantes promovem uma diminuição do fundo de vestibulo que posteriormente necessitará de nova cirurgia para reconstrução (11).

Quando empregamos retalho rotatório palatino (em forma de raquete) devemos nos preocupar em incluir de forma adequada a artéria palatina maior, pois esta será a vascularização do retalho e obteremos um retalho de tamanho suficiente para o fechamento sem tensão. Por outro lado, esse tipo de retalho fornece uma área

cruenta palatina muito extensa, sendo assim, para maior conforto do paciente, poderão ser confeccionados aparelhos removíveis de acrílico cobrindo a área palatina sem comprimi-la e utilizados no período pós-operatório pelo paciente (12).

SALINS & KISHORE relataram uma técnica de retalho para fechamento de uma grande fístula buco-sinusal através de um retalho de tranposição lateral com uma base anterior sendo realizado pelo palato (13).


AWNAG (2) faz uma revisão em seu artigo relatando diversas formas cirúrgicas para fechamento de fístulas oro-antrais, dividindo-as em cirurgias de confecção de retalhos realizados próximos ao local da fístula, retalhos de tecidos distantes (como exemplo retalhos de língua), enxertos e a combinação das técnicas. Retalhos à distância e enxertos ósseos são geralmente indicados para fechar grandes defeitos locais.

Por último podemos conjugar os dois tipos de retalho, o retalho palatino rotatório e o retalho deslizante vestibular e temos que ficar atentos para ao suturarmos termos os bordos cruentos para um fechamento adequado sem recidiva (11).

Um procedimento que vem sendo descrito como coadjuvante ao fechamento de fístulas buco-sinusais é a antrostomia do

meato nasal inferior. Este procedimento visa promover melhor drenagem do seio maxilar, sendo que AL- BELASY (1) relatou em seu artigo que não se torna imperativo a realização deste procedimento coadjuvante uma vez que não houve diferença significativa entre os grupos de sua pesquisa que realizaram ou não a antrostomia nasal.

Conclusão

As fístulas buco-sinusais são complicações freqüentes que podem estar associadas às exodontias. Embora algumas fístulas de pequeno tamanho possam apresentar cicatrização espontânea, as fístulas maiores necessitam de tratamento cirúrgico. Diversas formas de tratamento vêm sendo descritas como retalhos deslizantes de áreas próximas, retalhos rotacionais e enxertos ósseos. A escolha do tipo de cirurgia deve-se basear no tamanho da fístula, nas condições locais dos tecidos e experiência do cirurgião. Diversos artigos da literatura relatam sucesso com técnicas cirúrgicas diferentes, porém o retalho rotatório palatino apresenta dentre várias características a densidade tecidual e a adequada vascularização proporcionada pela artéria palatina. 

Recebido em: 07/08/2007
Aprovado em: 01/10/2007

Roberto Prado
Av. das Américas, 500 - Bl. 13/Sala 231 - Barra da Tijuca
Rio de Janeiro/RJ - CEP: 22640-100
E-mail: dr.prado@gbl.com.br

Referências Bibliográficas

1. AL-BELASY, F. A. Inferior Meatal Antrostomy: Is it Necessary After Radical Sinus Surgery Through the Caldwell-Luc Approach? *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 62, p. 559-562, 2004.
2. AWANG, M. N. Closure of oroantral fistula. *Int. Journal of Maxillofac. Surg.*, v. 17, p. 110-115, 1988.
3. BAUMANN, A. Application of buccal fat pad in oral reconstruction. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 58, p. 389-392, 2000.
4. EGYDI, P. Utilisation of the buccal fat pad for closure oro antral and/or oro nasal communications. *J. Craniomaxillofac. Surg.*, v. 5, p. 241, 1997.
5. GORTZAK, R. A. Oro antral perforation. Desirability of antibiotic support in surgical closure within 24hs. *Ned Tijdschr Tandheelkd*, v. 105, n. 12, p. 437-439, 1998.
6. GUERRERO SANTOS, J., ALTAMIRANO, J. T. The use of lingual flaps in repair of fistula of hard palate. *Plast. Reconstr. Surg.*, v. 38, p. 123, Aug., 1966.
7. HANZAWA, Y. *et al.* Closure of oroantral communications using a pedicled buccal fat pad graft. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 53, p. 389-392, 2000.
8. KLOPP, C. T., SCHURTER, M. The surgical treatment of cancer of the soft palate and tonsil. *Cancer* 9, v. 1239, Nov./Dec., 1956.
9. NEDER, A. Use of buccal fat pad for grafts. *Oral Surg.*, v. 55, p. 349, 1983.
10. PETERSON, L. J., ELLIS, E. *et al.* Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3ª ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2000.
11. PRADO, R., SALIM, M. A. A. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. *Diagnóstico e tratamento*. RJ: Guanabara Koogan/Medsa, 2004.
12. RAPIDIS, A. D. 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.*, v. 58, p. 158-163, 2000.
13. SALINS, P. C., KISHORE, S. K. Anteriorly based palatal flap for closure of large oroantral fistula. *Oral Surg., Oral Med. Oral pathol. Radiol. Endod.*, v. 82, p. 253-256, 1996.
14. SIEGEL, E. B. *et al.* Pedicle tongue flap for closure of an oroantral defect after partial maxillectomy. *J. Oral Surgery*, v. 35, September, 1977.
15. VUILLEMIN, T., RAVEH, J., RAMON, Y. Reconstruction of maxilla with bone grafts supported by the buccal fat pad. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 46, p. 100, 1988.
16. ZANINI, S. A. *Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. Revinter.