

A notoriedade expressiva do potencial regenerativo da bola de Bichat para fechamento de comunicação buco antral

The expressive notoriety of the regenerative potential of the Bichat ball for closing bucco antral communication

La notoriedad expresiva del potencial regenerativo de la bola de Bichat para cerrar la comunicación antral de bucco

Recebido: 03/10/2023 | Revisado: 12/10/2023 | Aceitado: 13/10/2023 | Publicado: 17/10/2023

Pedro de Alcantara Torquette D'Dalarponio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9473-9046>
Centro Universitário de Belo Horizonte, Brasil
E-mail: pedro_torquette15@hotmail.com

Heloyse Vitória dos Santos Faria¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8903-9072>
São Leopoldo Mandic, Brasil
E-mail: heloyse.v11@hotmail.com

Mariana Bassoli Felix Dutra²

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6102-7284>
Universidade de Contagem, Brasil
E-mail: mariana_bassoli@outlook.com

Júlia Esteves de Assunção³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9898-9627>
Faculdade Anhanguera Divinópolis, Brasil
E-mail: juuhesteves@hotmail.com

Matheus Machado Melo⁴

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0624-8066>
Estácio Unimeta Acre, Brasil
E-mail: matheusachadomelo3@gmail.com

Alessandra Faria Duarte

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9516-633X>
Centro Universitário Newton Paiva, Brasil
E-mail: alessandrafdm@icloud.com

Rebeca Coelho de Carvalho⁵

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1384-8492>
Centro Universitário do Distrito Federal, Brasil
E-mail: bekacoelho22@hotmail.com

Thaina Gonçalves de Oliveira⁶

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8382-4282>
Universidade Nove de Julho, Brasil
E-mail: thainagoliveira@gmail.com

Jéssica Samara de Ávila Silva⁷

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0939-9308>
Faculdade Sete Lagoas, Brasil
E-mail: jessicaavila123odonto@gmail.com

Lucas Borges Moreira de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5899-9860>
Universidade Nove de Julho, Brasil
E-mail: lucborgeslm@gmail.com

Pedro Henrique da Silva Pinto⁸

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4558-6925>
Estácio Unimeta, Brasil
E-mail: pedrohenri@outlook.com

¹ Pós-Graduanda em Implantodontia na São Leopoldo Mandic, Brasil

² Graduanda Universidade de Contagem, Brasil

³ Graduanda Faculdade Anhanguera Divinópolis, Brasil

⁴ Graduando na Estácio/Unimeta Acre, Brasil

⁵ Graduanda Centro Universitário do Distrito Federal, Brasil

⁶ Graduanda Universidade Nove de Julho, Brasil.

⁷ Graduanda Faculdade Sete Lagoas, Brasil.

⁸ Graduando em Odontologia Estácio Unimeta, Brasil

Letícia Gabrielle Pereira⁹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2944-2326>

Faculdade Patos de Minas, Brasil

Email: leticia.leticia4148@outlook.com

Vitória Lúcia Gonçalves de Araújo¹⁰

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8858-0084>

Faculdade Pitágoras Divinópolis, Brasil

E-mail: araujovitoriaaraujo@gmail.com

Resumo

A comunicação buco antral pode estar associada aos traumas/iatrogenias, exodontias de molares superiores e em várias alterações patológicas, tornando assim muito frequente na Odontologia, sendo os principais sintomas relatados febre, dor e drenagem de secreção purulenta para a cavidade oral. O objetivo deste estudo é informar aos profissionais da saúde sobre a importância da bola de Bichat como uma potencial técnica cirúrgica para o fechamento de contato buco antral. A análise de artigos foi feita em inglês e português (Brasil) indexados nas bases de dados Pubmed, Scielo e Research Society and Development journal no período de 2014 até 2022, utilizando a estratégia de busca “Odontogenic sinusites; Regenerative potential of the Bichat fat; Oroantral fistulas closure using Bichat's fat; Bichectomia; Comunicação Bucosinusal”. O tecido adiposo da Bola de Bichat apresenta células-tronco mesenquimais (com a presença de uma subpopulação de multilinhagem resistente ao estresse) com um forte potencial proliferativo de osteoblastos sendo capazes de realizar diferenciação osteogênica, iniciando assim a produção de tecido mineralizado. Conclusão: Em vista disso, as vantagens da almofada de Bichat são: diminuição dos distúrbios e cicatrizes no vestíbulo em relação a técnica de deslizamento de retalhos, sendo considerado um procedimento de fácil execução e rápido, menos desconforto pré-operatório ao paciente, baixa morbidade, possibilidade de associar com outras técnicas cirúrgicas e possibilidade de ajustes após uma semana. Estando o insucesso da utilização do corpo adiposo bucal relacionado principalmente a tensão ou manipulação excessiva do tecido resultando em sua necrose.

Palavras-chave: Células-tronco mesenquimais; Osteogênese; Fístula bucoantral.

Abstract

Oral antral communication can be associated with trauma/iatrogenesis, extraction of upper molars and various pathological changes, making it very common in dentistry, with the main reported symptoms being fever, pain and drainage of purulent secretion into the oral cavity. The objective of this study is to inform healthcare professionals about the importance of the Bichat ball as a potential surgical technique for closing oral antral contact. The analysis of articles was carried out in English and Portuguese (Brazil) indexed in the Pubmed, Scielo and Research Society and Development journal databases from 2014 to 2022, using the search strategy “Odontogenic sinusitis; Regenerative potential of the Bichat fat; Oroantral fistulas closure using Bichat's fat; Bichectomy; Bucosinusal Communication”. Bichat Ball adipose tissue presents mesenchymal stem cells (with the presence of a stress-resistant multilineage subpopulation) with a strong proliferative potential of osteoblasts being capable of carrying out osteogenic differentiation, thus initiating the production of mineralized tissue. Conclusion: In view of this, the advantages of the Bichat cushion are: reduced disturbances and scars in the vestibule in relation to the flap sliding technique, being considered an easy and quick procedure, less pre-operative discomfort for the patient, low morbidity, possibility of combining it with other surgical techniques and possibility of adjustments after a week. The failure to use the oral fat body is mainly related to tension or excessive manipulation of the tissue resulting in its necrosis.

Keywords: Mesenchymal stem cells; Osteogenesis; Buccoantral fistula.

Resumen

La comunicación antral oral puede estar asociada con trauma/iatrogenesis, extracción de molares superiores y diversos cambios patológicos, por lo que es muy común en odontología, siendo los principales síntomas reportados fiebre, dolor y drenaje de secreción purulenta a la cavidad bucal. El objetivo de este estudio es informar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la pelota de Bichat como potencial técnica quirúrgica para cerrar el contacto oral-antral. El análisis de artículos se realizó en inglés y portugués (Brasil) indexados en las bases de datos de las revistas Pubmed, Scielo y Research Society and Development de 2014 a 2022, utilizando la estrategia de búsqueda “Odontogenic sinusitis; Potencial regenerativo de la grasa de Bichat; Cierre de fístulas oroantrales mediante grasa de Bichat; Bichectomía; Comunicación Bucosinusal”. El tejido adiposo de Bichat Ball presenta células madre mesenquimales (con presencia de una subpoblación multilínea resistente al estrés) con un fuerte potencial proliferativo de osteoblastos siendo capaces de realizar diferenciación osteogénica, iniciando así la producción de tejido mineralizado. Conclusión: Ante esto, las ventajas del cojín de Bichat son: reducción de molestias y cicatrices en el vestíbulo en relación a la técnica de deslizamiento del colgajo, considerándose un procedimiento fácil y rápido, menor malestar preoperatorio para el paciente, baja morbilidad. posibilidad de combinarlo con otras técnicas quirúrgicas y posibilidad de ajustes al cabo de

⁹ Graduanda de Odontologia na Faculdade Patos de Minas, Brasil

¹⁰ Graduanda em Odontologia Faculdade Pitágoras Divinópolis

una semana. La falta de utilización del cuerpo graso bucal se relaciona principalmente con la tensión o manipulación excesiva del tejido dando como resultado su necrosis.

Palabras clave: Células madre mesenquimales; Osteogénesis; Fístula bucoantral.

1. Introdução

A comunicação orontral (COA) é uma condição patológica determinada pela descontinuidade entre a cavidade oral e o seio maxilar (Biasi, et al., 2014) Diversas situações podem acarretar esse tipo de comunicação, como por exemplo: Ressecções de tumores e cistos maxilares; Infecções dentárias; Procedimentos endodônticos; Deslocamento de implantes ou mal posicionamento deste; Cirurgia ortognática; Osteomielite; Osteorradionecrose; Fratura da tuberosidade; Exodontia de molares ou pré-molares superiores e deslocamento de dentes ou raízes para dentro do seio maxilar (Macedo, et al., 2009; Cordeiro, et al., 201; Khandelwal et al., 2017; Hupp, et al., 2015).

O seio maxilar é descrito como uma pirâmide de quatro lados, com a base fixada verticalmente na superfície medial e forma a parede nasal lateral. Seu ápice estende-se lateralmente em direção ao processo zigomático da maxila. A parede superior, ou teto, do seio é também o assoalho da órbita. A parede posterior estende-se em todo o comprimento da maxila, mergulhando na tuberosidade. O seio estende-se anterior e lateralmente até a região de primeiro pré-molar ou de canino. O assoalho do seio forma a base do processo alveolar. O comprimento médio de um seio maxilar adulto é de 34 mm no sentido ântero-posterior, de 33 mm de altura, e de 23 mm em largura. O volume do seio é de aproximadamente 15 a 20 mL (Schow, et al., 2009).

Para o tratamento das comunicações, devemos considerar o tamanho das mesmas. Até 2 mm de diâmetro, se não houver problemas periodontais ou inflamação do seio, ocorre o fechamento espontâneo, sendo necessário realizar a estabilização e preservação do coágulo no local da extração através de uma sutura bem realizada (Magro, et al., 2010; Junior, et al., 2008). Quando maiores ou igual a 3mm, o fechamento deverá se dar por correção cirúrgica, entre as quais estão deslizamentos de retalho mucoso, podendo ser retalho alveolar, retalho e rotação palatina, enxerto mucoso livre ou da mucosa jugal e por fim o uso do corpo adiposo bucal (Calvet, et al., 2014).

O principal objetivo do fechamento dessas comunicações é evitar a contaminação alimentar ou salivar que pode levar a uma infecção bacteriana, a uma cicatrização prejudicada e a uma sinusite maxilar crônica. O diagnóstico pode ser feito através de procedimentos clínicos, como a manobra de Valsalva, irrigação e boa fonte de iluminação, transluminação do seio maxilar; e radiográficos, por meio de radiografias periapicais, oclusais, panorâmicas e tomografia computadorizada (Parise, et al., 2016).

O diagnóstico de uma comunicação buco antral é realizado por meio da anamnese, do exame clínico e de exames imagiológicos, como radiografia periapical, panorâmica e pósterio-anterior de Waters, que por meio deste, pode-se verificar a descontinuidade da linha radiopaca que delimita a lâmina óssea da base do seio, além de uma possível radiopacidade difusa decorrente de uma infecção e inflamação. Tendo a tomografia computadorizada como padrão ouro no diagnóstico (Sahoo, et., 2016).

O tratamento cirúrgico deve ser indicado nas primeiras 48 horas, após instalação da comunicação buco-antral, a fim de diminuir os riscos da instalação da sinusite maxilar. As técnicas cirúrgicas variam desde retalhos mucoperiosteais, fibrina rica em plasma, transplante dentário, blocos de hidroxiapatita, análogos da raiz reabsorvível até as técnicas de sanduíche com biomateriais, como enxertos de membrana de colágeno. Contudo, a maioria dessas técnicas são pouco frequentes devido ao alto custo, tornando-as, por muitas vezes, inviáveis (Demetoglu, et al., 2018).

Para além dos aspectos abordados é importante ressaltar que a COA pode ser evitada, por meio de um planejamento eficaz e conhecimento do manejo clínico por parte do profissional (Cerri, et al., 2015). Araújo et al. (2012) consideram que o planejamento na clínica odontológica requer do profissional conhecimentos acerca da área, para que assim este possa analisar o paciente de forma integral, evitando possíveis acidentes.

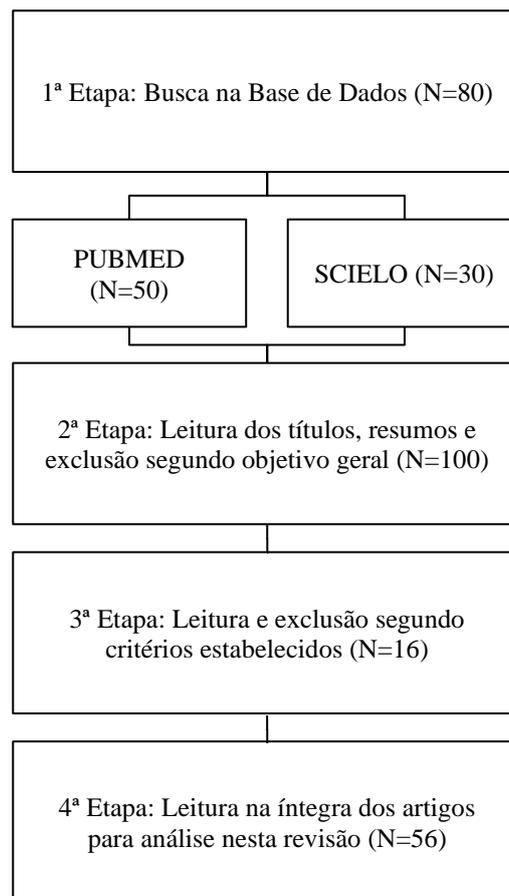
O objetivo deste estudo é informar aos profissionais da saúde sobre a importância da bola de bichat como uma potencial

técnica cirúrgica para o fechamento de contato buco antral.

2. Metodologia

A pesquisa foi realizada através dos bancos das bases de dados National Library of Medicine (PUBMED) em 15 de setembro de 2023 e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) em 28 de setembro de 2023, com os seguintes descritores MeSH: “Mesenchymal Stem Cells”, “Osteogenesis” e “Buccoantral fistula” que foram combinados através do operador booleano "AND", não houve limitações quanto ao idioma, data de publicação dos estudos, sexo ou idade dos participantes. A leitura inicial dos títulos e resumos dos artigos identificados pela estratégia de busca foi realizada por dois revisores. Na primeira etapa da busca realizada nas bases de dados, foram obtidos 80 artigos resultantes de 50 artigos encontrados na SCIELO e 30 artigos encontrados na PUBMED, na segunda etapa foram lidos 100 artigos (leitura dos títulos e resumos) e através dos critérios de exclusão que são; artigos posteriores ao ano 1977, artigos não originais, artigos duplicados, erratas, comentários, cartas e artigos não disponibilizados na íntegra gratuitamente, sendo que um montante de 44 artigos foram excluídos e 56 foram selecionados ao final para leitura na íntegra e, destes, todos atenderam aos critérios de inclusão do nosso estudo. Os critérios de inclusão foram baseados em artigos anteriores ao ano de 2004, artigos originais, e artigos disponibilizados de forma gratuita na íntegra.

Figura 1 - Etapas do processo de seleção dos artigos. Nota: número de artigos recuperados e selecionados para compor a amostra.



Fonte: Arquivo Pessoal (2023).

3. Resultados e Discussão

A ocorrência de acidentes e complicações, na Odontologia, podem surgir para qualquer Cirurgião – Dentista (CD), seja

por falha de planejamento, técnica cirúrgica inadequada, falta de conhecimento do profissional sobre a técnica e estruturas anatômicas, instrumentos inadequados, força excessiva, avaliação errônea de exames complementares, além de atenção extrema sobre a condição de saúde do paciente (Bazarin, et al., 2018; Ferreira Filho, et al., 2020).

O fato da extração dentária ser a etiologia mais comum da comunicação bucosinusal, ocorre devido ao ápice do dente e a cavidade do seio maxilar apresentarem uma associação próxima, mais comum nas extrações de molares e pré-molares superiores, sendo os segundos molares os mais citados na literatura (Lima, et al., 2022).

A anatomia da bola adiposa de Bichat e sua vascularização foi estudada por Tideman et al. (1986), entretanto Gyedi (1977) foi o primeiro que reportou o uso da bola adiposa de forma pediculada. Neder (1983) fez referência ao uso da bola adiposa de Bichat como enxerto livre na correção de defeitos orais artificialmente criados. Ao longo dos anos, vários trabalhos têm relatado sucesso na utilização da técnica. Porém, foi Hanazawa (1995) que mostrou pela primeira vez o uso da bola adiposa, sem recobrimento para tratamento destas comunicações.

O Corpo Adiposo de Bichat (CAB) consiste em um corpo principal com quatro extensões: bucal, pterigóide, temporal superficial e profundo. O suprimento sanguíneo para o CAB é originado de ramos temporais profundos da artéria maxilar, o ramo transversal da artéria temporal superficial, e ramos da artéria facial (Dym, et al., 2012; Stuzin, et al., 1990). Além de existir redes capilares ricas dentro da cápsula que envolvem a camada de gordura. Assim as arteríolas entram na cápsula por várias direções e se dividem em plexos capilares, sendo assim grande parte do sangue da camada de gordura drena para a veia facial (Kim, et al., 2017).

Essa vascularização abundante permite que haja maior êxito no tratamento, pois garante o suprimento sanguíneo local, assim, diminuindo o risco de rejeição do tecido. Quando bem executada, as chances de apresentar falhas são reduzidas. Mesmo que a técnica possa ser considerada fácil, esta exige do cirurgião-dentista experiência e aptidão imprescindível, ao manipular o pedúnculo, pois, as danificações causadas a ele poderão apresentar os mesmos prejuízos quando comparado com as outras técnicas (Rocha et al., 2020; Matos et al., 2021).

A utilização do Corpo Adiposo de Bichat (CAB) se deu a partir dos resultados positivos quando de sua utilização. Antes de sua aplicação cirúrgica foram realizados vários estudos com o intuito de verificar sua anatomia. Em estudo realizado para avaliação do CAB em cadáveres frescos, observou-se que esse possuía condição constante, comparando-se lado direito e lado esquerdo, assim como não encontraram relação entre a quantidade de gordura corporal dos cadáveres estudados e o CAB, pois até mesmo espécimes caquéticos com pouca gordura subcutânea apresentaram corpos adiposos bucais com peso e volume dentro dos padrões normais (Stuzin, et al., 1990).

As vantagens encontradas ao realizar esta técnica descrita são: promoção de cicatrizes menores no vestíbulo quando comparado ao deslizamento de retalho; permite ajustes após uma semana de pós-operatório; rápida epitelização do tecido adiposo, pois possui grande suprimento sanguíneo; mínima incidência de falha quando devidamente realizado; procedimento simples e rápido passível de ser realizado no consultório sob anestesia local gerando um mínimo desconforto e sem necessidade de remoção de dente ou osso; ausência de seqüela estética (sem cicatrizes); presente no mesmo campo cirúrgico, diminuindo o risco de infecção; baixa morbidade; possibilidade de ser associado a outros retalhos, preserva a profundidade de sulco (Farias, et al., 2015; Alonso-González, et al., 2015; Calvet, et al., 2014; Pereira, et al., 2004; Camarini, et al., 2007).

O uso corpo adiposo bucal como enxerto pediculado produz um alto índice de sucesso, sendo um método seguro e eficaz (Magro Filho, et al., 2010).

Alguns autores listam complicações e desvantagens no uso desta técnica, como: permitir apenas uma utilização da bola de bichat há possibilidade de trismo no pós-operatório, retração ou deiscência do enxerto, depressão estética da face, limitação para defeitos pequenos e médios, falha de integração por necrose ou infecção por ser um enxerto, não oferece suporte anatômico para a região e gerar discreta alteração na fala (Farias, et al., 2015; Alonso-González, et al., 2015; Calvet, et al., 2014; Pereira,

et al., 2004; Camarini, et al., 2007).

A comunicação se dá por meio do rompimento indevido da cortical do assoalho do seio, ocasionando um íntimo contato entre as duas regiões (Bazarin, et al., 2018). Diversos fatores etiológicos podem estar associados, além da proximidade anatômica natural, como a: pneumatização do seio maxilar, condição descrita como aumento do volume do seio maxilar por afinamento da cortical óssea na região; ausência óssea entre as raízes dos dentes e o seio maxilar, ou raízes (De Oliveira et al., 2017; Pereira et al., 2021). Dos Anjos et al. (2019) afirma que após a comunicação bucosinusal, é imprescindível seu fechamento para que não ocorra sinusite maxilar e, quando não tratada, pode levar ao desenvolvimento de sinusopatias (Scartenizi & Oliveira, 2016). Outras alterações são do desenvolvimento de fístulas, sendo definida como comunicação epitelizada entre a cavidade oral e o seio maxilar (Parise, et al., 2016).

Segundo Magro Filho et al., a maior desvantagem do uso do corpo adiposo como enxerto pediculado é a falha de integração do enxerto como resultado de necrose ou de infecção, o que supostamente é causado pela sua tensão ou manipulação excessiva. Parise e Tassara, descreveram como outra complicação que impede o sucesso do tratamento, a sinusite maxilar aguda ou crônica, que impossibilita o fechamento dessas comunicações se o seio maxilar estiver infectado.

A técnica de fechamento de comunicação buco-sinusal (CBS) com a bola de bichat tem como vantagens: ampla aplicabilidade, mínima incidência de falha da técnica, facilidade na execução devido ao seu posicionamento anatômico, sem remoção de osso ou dente para execução da técnica, possibilitando mais conforto ao paciente. (Hanazawa et al., 1995).

Diversos sintomas são considerados clássicos da COA, tais como refluxo de fluídos e ar pela cavidade nasal, congestão nasal, dificuldade de mastigação, deglutição e fala, além de dor, o que leva à redução imediata da qualidade de vida do indivíduo. Para além dos sintomas, a literatura evidencia possíveis complicações, com quadros infecciosos, como a sinusite (Dym, et al., 2012; Macedo, et al., 2020). De Oliveira et al. (2017) apontam, também, a voz anasalada como sinal clássico.

O uso dos exames imagiológicos é de grande relevância para se observarem as alterações e para a escolha ideal do tratamento, sendo preconizada a Ortopantomografia e, principalmente, a tomografia computadorizada (TC), que diminui a sobreposição das estruturas e possui informações tridimensionais, com maior precisão de informações e menor distorção (Abdel-Aziz, et al., 2018). As técnicas cirúrgicas para obliteração do canal fistuloso vão depender, também, da localização e do tamanho observado da fenestração encontrada no osso, das estruturas dentárias adjacentes, da altura do rebordo alveolar, da presença e do tempo de instalação da sinusite e da saúde geral do paciente (Farias, et al., 2015).

O diagnóstico da COA é realizado com auxílio de procedimentos clínicos e radiográficos. Sendo a análise do fragmento dentário, e a Manobra de Valsalva, as análises clínicas priorizadas. Parise e Tassara (2016) consideram essa manobra tão importante, que a preconiza para qualquer exodontia superior posterior. O procedimento consiste em pressionar a narina bilateralmente, obstruindo-as, e solicitando ao paciente que ele expire o ar pelo nariz, mantendo a boca aberta. Caso haja comunicação, o ar expirado sairá por meio do alvéolo, promovendo um ruído característico similar à um apito, que é correspondente ao borbulhamento do sangue acumulado no alvéolo.

O enxerto da bola de bichat sofre epitelação entre 3 a 4 semanas, é muito importante que o paciente seja orientado quanto aos cuidados que devem ser tomados no pós operatório, em relação ao tipo de alimentação, medicação, higiene oral, não fazer uso de cigarro nem realizar qualquer ação que promova pressão na cavidade oral, principalmente na primeira semana que ocorreu a cirurgia (Filho, et al., 2010).

O procedimento é realizado com atenção às estruturas anatômicas, principalmente a incisão para o acesso cirúrgico, utilizando o ducto da glândula parótida como referência (Faria, et al., 2018). A incisão é realizada abaixo e ligeiramente posterior ao ducto, com 1.5 cm na sua extensão (Faria, et al., 2018).

A dissecação dos planos anatômicos é realizada com instrumentos atraumáticos, pinça Kelly, tendo em vista ramos da artéria facial, maxilar, ducto parotídeo e do nervo facial (Moreira Junior, et al., 2018). A pinça é utilizada para divulsionar as

estruturas e deslocar o corpo adiposo para sua remoção (Moreira Junior, et al., 2018). Após rompida a cápsula fibrosa a bola de Bichat é pinçada, realizando movimentos circulares e de tração, quando se remove um terço do volume total realiza a síntese com fio de sutura (Moreira Junior, et al., 2018).

Após remoção a gordura pode ser mensurada na seringa luer ou em balança de alta precisão para obtenção de resultados próximos e simetria facial. Não há indicações de envio de amostras para o exame anatomopatológico, a menos que apresente aspectos estruturais anormais e/ou alteração de cor (Faria, et al., 2018). O resultado final é observado 6 meses após cirurgia, período que o edema dos tecidos moles leva para absorver totalmente (Stevao, et al., 2015).

Ao realizar o procedimento, é de suma importância pensar no pós-operatório, sendo recomendado o tratamento com antibiótico, anti-inflamatório e anestésico com retorno de 7 dias após a cirurgia para remoção da sutura e avaliação do caso (Sinhorini et al., 2020). Sob essa ótica, há poucas complicações devido à rica vascularização do tecido adiposo, sendo necessário uma intervenção do cirurgião-dentista para que haja uma ampla previsibilidade de intercorrência e de sucesso pós-operatório (Scartenizi, et al., 2016; Cunha, et al., 2019).

Na literatura é comprovado o sucesso da Bola de Bichat para o fechamento de CBS, adicionalmente, do ponto de vista clínico o fato desta técnica não interferir na profundidade do sulco vestibular é extremamente satisfatório para o paciente, assim como observado neste caso, visto que evita a necessidade de um segundo procedimento cirúrgico para correção protética (Hanazawa, et al., 1995; Abad-Gallegos, et al., 2011; Rapidis, et al., 2000).

4. Conclusão

Contudo a comunicação buco antral assim que diagnosticadas devem ser tratadas de imediato, e para que seja alcançado um alto índice de sucesso e satisfação do paciente deve ser realizado o fechamento da mesma utilizando o corpo adiposo bucal. A técnica apresentada mostrou-se segura e eficaz, proporcionou um pós-operatório confortável para o paciente e não modificou a profundidade do sulco vestibular.

O Cirurgião-Dentista deve possuir conhecimento adequado para evitá-lo, mas também para saber diagnosticar e intervir de forma correta, tanto na comunicação como nas suas consequências.

Referências

- Abad-Gallegos M., Figueiredo R., Rodríguez-Baeza A., & Gay-Escoda C. (2011). Use of Bichat's buccal fat pad for the sealing of orosinus communications. A presentation of 8 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 16(2): 214-8. <http://dx.doi.org/doi:10.4317/medoral.16.e215>
- Abdel-Aziz, M., Fawaz, M., Kamel, M., Kamel, A., & Aljerais, T., (2018). Closure of Oroantral Fistula With Buccal Fat Pad Flap and Endoscopic Drainage of the Maxillary Sinus. *Journal of Craniofacial Surgery*, 29(8):2153-2155. 10.1097/SCS.0000000000004709.
- Alonso-González, R., Peñarocha-Diago M.A., Peñarocha-Oltra, D., Aloy-Prósper A., Camacho-Alonso, F., & Peñarocha-Diago, M., (2015). Closure of oroantral communications with Bichat's buccal fat pad. Level of patient satisfaction. *J Clin Exp Dent*.7(1), 28-33. 10.4317/jced.51730
- Anjos, F. N. F. G., de Melo, M. C. G., Leite, I. F., de Melo, D. P., de Almeida Lucas, L., de Macedo, L. F. C., & Cavalcanti, T. C. (2019). Abordagem cirúrgica de fechamento de fístula buco-sinusal pela técnica do retalho vestibular: relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (29), e1557-e1557. <https://doi.org/10.25248/reas.e1557.2019>
- Araújo, J. S. S., Holanda, J. C. P., Lima, J. P. M., & Resende, C. M. B. M., (2012). A importância do planejamento integrado na clínica odontológica: relato de caso. *Revista Extensão e Sociedade da UFRN*, 1(4), 13-19. <https://doi.org/10.14295/online.v15i57.3228>
- Bazarin, R., & Oliveira, R.V. (2018) Acidentes e complicações nas exodontias. *Revista Uningá*, 55(1), 32-39. <https://doi.org/10.46311/2318-0579.55.eUJ2102>
- Biasi M., Maglione M., & Angerame D. (2014) The effectiveness of surgical management of oroantral communications: A systematic review of the literature. *Eur J Oral Implantol*, 7(4): 347-357. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25422823/>
- Calvet, M. V. B., Castro, B. R. A., Agostinho, C. N. L. F., & Bastos, E. G. (2014). Fechamento de comunicação buco-antral com bola adiposa de bichat: revisão de literatura e relato de caso. *Rev. Ciênc. Saúde*. 16(20), 106-111. <https://core.ac.uk/download/pdf/233154579.pdf>
- Camarini, E. T., Kamei, N. C., Farah, G. J., Daniel, N. A., Jacob, R. J., & Bento L. A. (2007) Utilização do corpo adiposo bucal para fechamento de comunicação bucosinusal associado à enucleação de cisto residual – relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.*, 7(3), 23-30. <https://www.revistacirurgiabmf.com/2007/v7n3/3.pdf>

- Cerri, A., Guarim, J. A., & Genovese, W. J., (2015). Planejamento e diagnóstico em Odontologia com os princípios bioéticos. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, 69(3), 217-225. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762015000200003
- Cordeiro G B, Ferrera S M & Fernández L. (2016) Odontogenic sinusitis, oro-antral fistula and surgical repair by Bichat's fat pad: literature review. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)*, 67(2): 107-13. 10.1016/j.otorri.2015.03.001.
- Cunha, F. S., Quaglio V., Sartoretto, S. C., & Uzeda, M. J. (2019). Enxerto Do Corpo Adiposo Bucal Para Fechamento De Fístula Buco-Sinusal: Revisão De Literatura. *Revista Fluminense de Odontologia*, 15(51), 41-51. <https://doi.org/10.22409/ijosd.v1i51.36599>
- De Oliveira, M. S., Gontijo, D. M., Gonçalves, V. A., Melo, W., & De Barros, L. (2017). Acidentes e complicações trans e pós exodontias de terceiros molares: revisão de literatura. *Revista de Odontologia Contemporânea*, 1(2), 10-15. <https://doi.org/10.14295/idonline.v1i517.3228>
- Demetoglu, U., Ocak, H., & Bilge, S., (2018). Closure of Oroantral Communication With Plasma-Rich Fibrin Membrane. *Journal of Craniofacial Surgery*, 29(4):367–370. doi:10.1097/scs.0000000000004360.
- Dym, H., & Wolf, J. C. (2012) Oroantral communication. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 24(2), 239-247. 10.1016/j.coms.2012.01.015
- Farias, J. G., Cândia, A. V., & Barros, L.F., (2015). Fechamento de fístula bucosinusal utilizando o corpo adiposo bucal - Técnica convencional x técnica do túnel - Relato de casos clínicos. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac*, 15(3). http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102015000300005
- Ferreira Filho, M. J. S., Silva, H. R. S., Rosario, M. S. R., Takano, V. Y., Nascimento, J. R., & Aguiar, J. L. (2020). Acidentes e complicações associados a exodontia de terceiros molares – revisão de literatura. *Brasilian Journal of Devenlopment*, 6(11), 93650-93665. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-687>
- Filho OM., Júnior EAG., Júnior PR., & Felipetti FA., (2010). Fechamento de Fístula Buco-Sinusal usando tecido adiposo bucal. *Rev Odontol Bras Central*. 2010; 19(50): 275-279. <https://doi.org/10.36065/robrac.v19i50.126>
- Gyedi P. (1977). Utilization of the Buccal Fat Pad for Closure of Oro-Antral and/or Oro-Nasal Communications. *J. Max. Fac.surg*, 5:241-244. 10.1016/s0301-0503(77)80117-3
- Hanazawa Y, Itoh K, Mabashi T & Sato K., (1995). Closure of Oroantral Communications Using a Pedicled Buccal Fat Pad Graft. *J Oral Maxillofac Surg*, 53:771-775. 10.1016/0278-2391(95)90329-1
- Hupp J. R., Ellis, E., & Tucker M. R. (2009) *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. (6a ed.). Guanabara Koogan.
- Hupp J R., & Tucker M R. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. (5a ed.), Elsevier, 379-390
- Khandelwal P., & Hajira N. (2017) Management of oro-antral communication and fistula: Various Surgical Options. *WJ Of Plastic surgery*, 6(1): 3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5339603/>
- Kim M. K, Han W., Kim S. G. et al. (2017). The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery*, 39(5): 1-9. 10.1186/s40902-017-0105-5
- Lima, C. et al, (2022). Comunicação buco-sinusal – Uma revisão bibliográfica. *Revista Científica Unilago*, 1(1), <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/763>
- Macedo R. A. P., Pereira R. A., Barros V. B. S., et al. (2020) Fechamento cirúrgico de comunicação buco-sinusal com uso de L-PRF: um relato de caso. *Research, Society and Development*, 9(10): e2359108502-e2359108502. 10.33448/rsd-v9i10.8502
- Magro Filho O., Garbin Jr E A., Ribeiro Jr P D., & Felipetti F A. (2010). Fechamento de Fístula Buco-Sinusal Usando Tecido Adiposo Bucal. *Rev. Rev Odontol Bras Central*. (Online) [Internet]. 19(50). <http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/126>.
- Matos, J. D. M., Rodrigues, A. G., Pinto, A. D., & Pereira, M. L. G. (2021). Fechamento da comunicação oroantral com corpo adiposo de Bichat: etiologia, características clínicas e radiográficas. *Arch Health Invest*, 10(1), 1-5. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34655>
- Moreira Junior R., Peralta F., Moreira R., Gonticho G., Máximo P., Scherma A., (2018). Bichetomia: aspectos relevantes e relato de caso clínico. *ClipeOdonto*, 9(1):37-43. <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/clipeodonto/article/view/2576>
- Parise, G. K., & Tassara, L. F. R. (2016). Tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: uma revisão de literatura. *Madrid. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões–URI Erechim*, 10. https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/149_555.pdf
- Pereira, C. M., Rocha, L. L. A., Rodrigues, M. F., Rocha, C. C. L., & Rocha, R. C. L. (2021). Levantamento de seio maxilar seguido de instalação imediata de implante do tipo cone morse: relato de caso. *Arch Health Invest*, 10(5), 790-793. <https://doi.org/10.21270/archi.v10i5.5212>
- Pereira, F. L., Farah, G. J., Passeri, L. G., & Pavan, A. J. (2004). Aplicação do Corpo Adiposo Bucal para o Encerramento de Fístula Bucosinusal. Relato de Caso. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*, 45(4), 221-226. https://www.spemd.pt/imagens/anexo_309.pdf
- Rocha, C. B. S., Cavalcante, M. B., Uchôa, C. P., Silva, E. D. O., & Marcelino, I. M. P. (2020). Bola de Bichat para tratamento de fístula buco-sinusal: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, 20 (1), 34-38 <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34655>.
- Sahoo N. K., Desai A. P., Roi I D., & Kulkarni V., (2016). Oro-Nasal Communication. *J Craniofac Surg*, ;27(6);1. 10.1097/SCS.0000000000002815.
- Scartenizi, G. R., & Oliveira, C. F. P. (2016). Fechamento de comunicação buco-sinusal extensa com bola de bichat: relato de caso. *Rev. Odontol. Bras. Central*, 25 (74). <https://doi.org/10.36065/robrac.v25i74.1051>

Schow S R. & Tucker M R. (2009), Doenças Odontogênicas do Seio Maxilar. In: ELLIS III E, Hupp J R, & Tucker M R. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. (5a ed.). Elsevier; 379-390

Sinhorini, T. C. S., Duarte, G. L. C., Momesso, N. R., Munerato, M. S., & Cardoso, C. L. (2020). Fechamento de comunicação bucosinusal utilizando o corpo adiposo bucal: relato de caso clínico. *SALUSVITA*, 39(1), 77-90. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119609>

Stevao, E. L. L., et al. (2015). Bichectomy or Bichatectomy- A Small and Simple Intraoral Surgical Procedure with Great Facial Results. *Adv Dent & Oral Health*, 15-18. 10.19080/ADOH.2015.01.555555

Stuzin, J. M., Wagstrom L., Kawamoto H. K., Baker T. J., & Wolfe, S. A. (1990). The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. *PlastReconstrSurg*, 85: 29-33. 10.1097/00006534-199001000-00006.

Tideman, H., Bosanquet A., & Scott J. (1986). Use of the Buccal Fat Pad as a Pedicled Graft. *J. Oral. Maxillofac Surg*, 44: 435-440. 10.1016/s0278-2391(86)80007-6.