



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

BRUNA FRANCISCHINELLI ZAPPAROLI DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DE DIFERENTES TRATAMENTOS PARA
COMUNICAÇÕES BUCOSINUSAL/BUCONASAL:
ESTUDO RETROSPECTIVO**

Piracicaba

2017

BRUNA FRANCISCHINELLI ZAPPAROLI DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DE DIFERENTES TRATAMENTOS PARA
COMUNICAÇÕES BUCOSINUSAL/BUCONASAL:
ESTUDO RETROSPECTIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Márcio de Moraes

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO
PELA ALUNA BRUNA FRANCISCHINELLI
ZAPPAROLI DOS SANTOS E ORIENTADA
PELO PROF. DR. MÁRCIO DE MORAES.

Piracicaba

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CNPq

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de
Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de
Piracicaba Marilene Girello - CRB
8/6159

Sa59a Santos, Bruna Francischinelli Zapparoli dos, 1994-
Avaliação de diferentes tratamentos para comunicações
bucosinusal/buconasal : estudo retrospectivo / Bruna Francischinelli
Zapparoli dos Santos. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Márcio de Moraes.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade
Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Fístula bucoantral. 2. Sinusite. I. Moraes, Márcio de, 1966-. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de
Piracicaba. III. Título.

Informações adicionais, complementares

Palavras-chave em inglês:

Oroantral
fistula
Sinusitis

Titulação: Cirurgião-Dentista

Data de entrega do trabalho definitivo: 02-10-2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai Luiz Francisco Zapparoli dos Santos que fez eu me encantar pela profissão que ele exerce com tanto amor e empenho.

AGRADECIMENTO

Aos meus pais que se empenharam para me ajudar a alcançar meus objetivos, através de muito esforço e dedicação.

Ao Prof. Dr. Márcio de Moraes, pela orientação e dedicação para tornar esse trabalho possível de ser realizado.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba e a Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.

Aos amigos que fiz nessa jornada e que levarei para a vida toda.

RESUMO

Este estudo complementa os resultados do trabalho publicado anteriormente pela área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da FOP (CBMF): Evolution of different treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2006; 35: 155-158, o qual avaliou os fatores etiológicos e tratamento para pacientes comunicações buco-sinusal (OAC) ou buco-nasal (ONC) de Janeiro de 1988 a Maio de 2004. Neste extendendo-se à analisar fatores associados e complicações de um total de 547 pacientes atendidos entre Junho de 2004 a Dezembro de 2016. 56 pacientes foram selecionados como apresentando OAC/ONC. 54 (96,4%) apresentam OAC e 2 (3,6%) ONC, sendo que 1 dos pacientes apresentou ambos os tipos de comunicações. A etiologia mais frequente para OAC foi a exodontia (41,8%) e para ONC ambos os casos foram decorrentes de cirurgia de correção de septo nasal. Para o tratamento de OAC houve similaridade de resultados entre a fistulectomia (30,9%), colocação de membrana biológica (29,0%) e fechamento com Corpo Adiposo de Bichat (25,4%). Para ONC em um dos casos foi utilizado retalho palatino rotatório. Nove pacientes (16,0%) do grupo de OAC não apresentaram resolução da comunicação com apenas um procedimento cirúrgico e nenhum paciente do grupo de ONC. Os resultados confirmam que a exodontia é o principal fator etiológico para a comunicação oral e que as fistulectomias com fechamento imediato da mucosa bucal é o tratamento que foi bem-sucedido.

Palavras-chave: Fístula bucoantral. Sinusite.

ABSTRACT

This study complements the results of a study published previously by the Division of Oral and Maxillofacial Surgery, State at Piracicaba Dental School: Evaluation of different treatments for oroantral(OAC)/oronasal(ONC) communications: experience of 112 cases. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2006; 35: 155-158, which evaluated the etiological factors and treatment for patients with oroantral/oronasal communications, from January 1988 to May 2004. In this study we examined the associated factors and complications of a total of 547 patients seen between June 2004 and December 2016. 56 were selected as having OAC/ONC. 54 patients (96,4%) presented OAC and 2 (3.6%) ONC, 1 of the patients presented both types of communications. The most frequent etiology for OAC was exodontia (41.8%). For ONC both cases were due to nasal septum correction surgery. For the treatment of CAB, there was a similarity of results between fistulectomy (30.9%), placement of biological membrane (29.0%) and closure with Adipose Body of Bichat (25.4%). For ONC, palatal rotational flap was used in one case. Nine of the patients (16.0%) in the CAB group did not present resolution of the communication with only one surgery and no patients in the ONC group. The results confirm that the exodontia is the major etiologic factor for oral communication and that the fistulectomies with immediate closure with buccal mucosa flap are the treatments that were successful.

Key Words: Oroantral fistula. Sinusitis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OAC – Comunicação buco-sinusal

ONC – Comunicação buco-nasal

CAB – Corpo Adiposo Bucal

CBMF – Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
3 PROPOSIÇÃO	16
4 MATERIAIS E MÉTODOS	17
5 RESULTADOS	18
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

A comunicação ou fístula é definida como um espaço criado por meio de uma perfuração accidental, ou por infecção/necrose ou ainda pela remoção de uma lesão (patológica) entre o seio maxilar e a cavidade bucal ou entre a cavidade nasal e cavidade bucal. Existem diferentes causas para estas complicações, desta maneira, podem ser resultantes de exérese de cistos e tumores, exodontias, e também é frequente em cirurgias de traumas faciais (Eppley B e Scaroff A, 1984). Assim, a extração de dentes posteriores superiores é a causa mais comum desta comunicação, pois há uma relação anatômica estreita entre os ápices radiculares dos dentes pré-molares e molares superiores e o seio maxilar e este é um procedimento comum e diário nos consultórios odontológicos. Com a delgada espessura do assoalho do seio maxilar, variando entre 1 a 7 mm (Skoglund LA, et al. 1983), a possibilidade de perfuração é real. Desta maneira deve-se estar preparado para observar e realizar o tratamento.

Essencialmente podemos definir cirurgicamente “perfuração” a ocorrência transcirúrgica da complicação. Esta deve ser tratada (fechada) no mesmo ato cirúrgico. Já comunicação ou fístula é a perpetuação do “caminho” entre as cavidades anatômicas, ocorrendo a cicatrização e a permanência de um “tubo” epitelial. Entende-se então que, se a perfuração não for diagnosticada e tratada de imediato, o tecido epitelial irá se desenvolver ao redor desta perfuração, e este conteúdo (“caminho”) definido como uma fístula ou comunicação. Uma perfuração 2 mm de diâmetro tende a se fechar espontaneamente, ao passo que lesões ósseas mais amplas necessitam do tratamento cirúrgico (Hanazawa Y, et al. 1995). Diversos métodos de fechamento de comunicações têm sido relatados na literatura, tais como os retalhos locais, retalhos distantes, enxertos e corpo adiposo bucal (CAB). Esta estrutura anatômica foi descrita pela primeira vez por Bichat em 1802 (Martín-Granizo R, et al. 1997). Egyedi em 1977 relatou pela primeira vez o uso de CAB em reconstruções bucais (Egyedi P, 1977). Depois disso, foi usado para tratamento cirúrgico de perfurações na cavidade bucal. Diversos retalhos mucoperiosteais têm sido descritos, incluindo retalhos de rotação, retalho de avanço e retalho transversal. Na técnica de Hehrmann se faz um retalho que se estende a mucosa jugal, comum para fechamento de uma pequena comunicação alveolar. O retalho tendo uma base

larga garante o seu suprimento sanguíneo. A mobilidade do retalho é dada com incisões paralelas do periósteo a base do retalho. Com isto é possível a permanência e estabilidade desta em posição. Também é importante observar que em princípio de técnica cirúrgica, o retalho deve estar apoiado em tecido ósseo sadio e nunca sobre a perfuração.

Os procedimentos de retalhos palatais são baseados nos grandes vasos palatinos e são usualmente classificados como avanço retilíneo ou avanço rotacional. O retalho de avanço retilíneo não possui uma maior mobilidade para cobertura lateral, sendo assim indicado para fechamento de menores palatais ou defeitos alveolares (Abuabara A, et al. 2006). O retalho de avanço rotacional, descrito primeiramente por Ashley em 1939 fornece ao retalho uma mobilidade adequada e grandes quantidades de tecido (Lee JJ, et al. 2002).

O seio maxilar é situado entre a cavidade nasal e bucal, portanto é muito sucessível as sinusites pela invasão de bactérias patogênicas da cavidade nasal ou da cavidade bucal. As sinusites de origem odontogênicas diferem em sua fisiologia, patologia, microbiologia e gestão das de outras causas. Usualmente ocorre quando a membrana de Schneidarian é rompida por condições como já descritas anteriormente: infecções originadas de dentes superiores, traumas em dentes superiores, lesões patológicas e traumáticas no osso maxilar ou iatrogênicas causadas por extrações dentais, osteotomia superiores em cirurgias ortognáticas, e localização de implantes dentais (Brook I, 2006).

A sinusite maxilar é uma das mais frequentes sinusites paranasais. É comumente dividida em aguda, subaguda e crônica. Em tese, a sinusite aguda persiste por 4 semanas e a crônica, quando os sintomas persistem por mais de 12 semanas (Carini F, et al. 2014). A fístula buco-sinusal pode ser responsável pelo desenvolvimento da sinusite dos maxilares especialmente de natureza crônica (Brook I, 2006). O tratamento para as duas formas de sinusites é diferente, porque a sinusite aguda pode ter uma etiologia viral, ocasionalmente complicada por infecções bacterianas. De outra maneira, a sinusite crônica tem sempre uma etiologia bacteriana. Por essas razões é indicado o uso de antibioticoterapia em todos os casos de sinusites que apresentam uma etiologia bacteriana. A literatura relata o uso de ciprofloxacino ou amoxicilina com ácido clavulânico para resolução dos sintomas dolorosos, porque esse tratamento reduz a carga bacteriana e retarda

a inflamação na mucosa (Carini F, et al. 2014). Obviamente, outras terapias são empregadas, como o uso de corticoides e outras cefalosporinas.

A sinusite crônica é clinicamente caracterizada pela associação de vários sintomas incluindo secreção (purulenta, aquosa, ou mucosa) anterior ou posterior, unilateral ou bilateral, dor no seio maxilar, obstrução nasal, hipo ou anosmia, dores faciais e cefaleia que se intensificam a noite; halitose e ocasionalmente tosse, dor lancinante nos dentes superiores do lado afetado que aumenta durante a oclusão (Lechien JR, et al. 2014). Exame clínico e diagnóstico radiográfico são essenciais, porque se a sinusite é crônica, pode ter causado mudanças importantes no funcionamento da membrana Schneiderian causando serias complicações (Carini F, et al. 2014). A tomografia computadorizada é essencial. Alguns autores recomendam o teste de Valsalva para um diagnóstico de uma comunicação buco-sinusal (Lechien JR, et al. 2014), porém esta manobra não é totalmente confirmatória da perfuração.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo o estudo de De Biasi M, et al (2014), onde eles visavam avaliar a eficácia de diferentes técnicas para o fechamento de OACs, não há ensaios controlados aleatórios (ECA) que avaliem se uma OAC deve ser fechada ou não. Há evidências fracas de dois ECAs que mostram bons resultados com cinco técnicas diferentes para o fechamento de OACs (análises de raízes reabsorvíveis, gaze hemostática, retalho de Rehrmann, CAB, enxerto com cristais de hidroxiapatita). Até que os ECAs de qualidade suficiente sejam conduzidos, utilizar ou não um retalho para o fechamento de OACs será deixada para a escolha pessoal do cirurgião. (De Biasi M, et al. 2014).

De acordo com o estudo de Bravo Cordero G, et al. (2016) o fechamento de OAC com CAB é um dos métodos mais seguros. A mobilização do retalho é fácil, apresenta bom suprimento sanguíneo, características constantes e a baixa morbidade do sitio doador, torna a melhor escolha. É por isso que devemos conhecer a técnica, suas vantagens e as complicações, uma vez que é a melhor opção ao controlar a sinusite de origem odontogênica. (Bravo Cordero G, et al. (2016).

Segundo o estudo de Akhlaghi F, et al (2015) os seios maxilares são os seios paranasais mais importantes em odontologia e cirurgia maxilofacial devido à proximidade com às raízes da dentição superior. A importância dos seios maxilares torna-se mais clara quando se entende que as fontes dentárias são responsáveis por 10 a 12% da sinusite maxilar e que o diagnóstico tardio e o tratamento desse problema podem levar a complicações graves. A OAC era a causa mais comum de sinusite maxilar odontogênica entre todas as etiologias dentárias, todas as OAC levaram a sinusite crônica, enquanto outras etiologias dentais causaram sinusite aguda. (Akhlaghi F, et al. 2016)

Segundo Kwon E e O'Rourke MC (2017) a sinusite é uma inflamação dos seios da face ou das vias nasais. Sinusite crônica é a inflamação crônica dos seios da face ou passagens vias nasais ocorrendo por mais de 12 semanas por vez. A sinusite recorrente é definida como maior que quatro episódios de sinusite dentro de um período de um ano. A sinusite crônica é de natureza multifatorial e pode incluir

fatores infecciosos, inflamatórios ou estruturais. Os três sintomas principais da sinusite são a secreção nasal purulenta, dor facial/dentária, e obstrução nasal. Outros sintomas de sinusite crônica incluem hipose, dor de cabeça, dor de ouvido, halitose, dor dental, tosse ou fadiga. (Kwon E e O'Rourke MC, 2017).

De acordo com um relato de caso de Carini F, et al (2014) em que o objetivo do estudo era reportar que a sinusite odontogênica tem incidência entre 38 e 40,6%. O risco aumentado de sinusite maxilar foi relatado com presença de abscessos periapicais, doença periodontal, trauma dental, extração dentária e colocação do implante quando a membrana sinusal está perfurada. O resultado do acompanhamento aos seis meses mostrou a resolução completa da sinusite maxilar, a fístula palatina foi fechada e os sintomas de dor desapareceram. (Carini F, et al. 2014).

Segundo Vidal F, et al (2017) que realizou uma revisão abrangente sobre sinusite odontogênica relata que as infecções dentárias maxilares são, por mais de 100 anos, causadas por sinusite. No entanto, essa percepção tem sido amplamente ignorada pelos médicos. Os primeiros molares são os dentes mais frequentemente associados a sinusite, seguido dos segundos molares. No entanto, há uma grande variação entre os pacientes e cada caso deve ser avaliado individualmente. As infecções endodônticas e periodontais são reconhecidas como causas potenciais da sinusite maxilar. Nesses casos, os termos sinusite odontogênica ou sinusite maxilar de origem dental são preferidos. Embora os implantes dentários e o material endodôntico também possam afetar os seios maxilares, estes são considerados causas raras de sinusite. (Vidal F, et al. 2017).

De acordo com o estudo de revisão sistemática de Lechien JR, et al (2014) que a rinossinusite maxilar crônica odontogênica afeta as mulheres um pouco mais do que os homens. Os pacientes são relativamente jovens, idade média de 45 anos. A causa iatrogênica é a etiologia mais comum e, portanto os médicos e os dentistas devem mantê-lo em mente sempre que um paciente apresentar rinossinusite unilateral após o tratamento odontológico. O tratamento começa sempre com o tratamento dentário e, em seguida, a remoção do corpo estranho é conseguida por via endoscópica. Mesmo que a cura completa seja alcançada na maioria dos casos, o acompanhamento clínico permanece crítico para esta patologia. (Lechien JR, et al. 2014).

No estudo de caso de Ribeiro FS, et al (2017) foi utilizado a técnica de Retalho Lateral Palatal Sliding como tratamento de uma OAC. O paciente apresentou OAC com exsudação purulenta por 4 meses, desde o deslocamento do implante dentário e componente do O-ring no seio maxilar. O paciente sofreu lavagens locais e terapia antibiótica. Para a cirurgia, foi feito um túnel de comunicação, e o defeito ósseo foi de 12 mm de diâmetro. Um retalho foi levantado no palato, seguida de deslizamento e sutura. Quatro meses depois, a comunicação não retomou, e o paciente não se queixou de dor, falta de olfato ou exsudato purulento. As descobertas deste caso sugerem que a técnica é eficiente para fechar OACs. (Ribeiro FS, et al. 2015)

Segundo Sayed AA, et al. (2015) a principal descoberta do estudo é que os paciente com fistulas buco-sinusais (OAF) crônicas que foram tratados com a técnica do retalho palatino rotacional e sutura da perfuração da membrana sinusal mostram o desaparecimento de todos os sinais e sintomas clínicos de OAF sem recorrência durante um período de seguimento de 6 meses. A importância clínica desta técnica envolve diminuição do número de sítios doadores, feridas cirúrgicas e tempo de operação. Do ponto de vista cirúrgico, a técnica é direta, econômica e menos demorada. (Sayed AA, et al. 2015).

3 PROPOSIÇÃO

Este trabalho teve como objetivo complementar os resultados do trabalho publicado anteriormente pela área de Cirurgia Buco Maxilo Facial da FOP (CBMF): Abuabara A., Cortez A. L. V., Passeri L. A., de Moraes M., Moreira R. W. F.: Evoluution of diferente treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2006; 35: 155-158.), o qual avaliou pacientes Janeiro de 1988 a Maio de 2004. Desta maneira, temos um novo intervalo de 12 anos, ao qual a aluna direcionou esforços para coleta de dados nos mesmo parâmetros.

Este estudo analisou os fatores como gênero, idade, etiologia, localização, tipo de tratamento e outras complicações em curto prazo também foram avaliados em pacientes com comunicação buconasal/bucosinusal. Também foi observada a relação entre a perfuração imediata e persistência da fístula bucosinusal, com a ocorrência de sinusites dos maxilares.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Para esclarecimento sobre a continuidade do trabalho, de todos os pacientes que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos bucais na área de Cirurgia Buco Maxilo Facial (CBMF), FOP – UNICAMP de janeiro de 1988 até maio de 2004 foram selecionados 112 casos (Abuabara A, et al. 2006). Esta observação coletou dados que incluíram: gênero, idade, etiologia, localização, tipo de tratamento, complicações em curto prazo. O sucesso foi considerado quando houve fechamento completo da comunicação.

Um total de 547 prontuários de pacientes foram analisados entre junho de 2004 e dezembro de 2016, nos arquivos da área CBFM da FOP - UNICAMP. Destes, 56 foram selecionados como tendo OAC/ONC. Os dados registrados incluíram o sexo do paciente, idade, etiologia, localização, tipo de tratamento e complicações de curto prazo, e se o tratamento foi bem sucedido.

5 RESULTADOS

Vale observar que os tratamentos de urgência realizados em hospital não foram incluídos nesta pesquisa. Somente os atendimentos eletivos e na grande maioria na FOP. Neste novo período de atualização de dados, foram selecionados 547 pacientes apresentavam indícios de comunicação bucossinusal e buconasal.

Os métodos cirúrgicos utilizados para o fechamento da comunicação são variados, desde suturas (aproximação dos bordos da ferida), retalho palatal (rotacional de avanço), retalho bucal (Técnica de Hehrmann) até enxerto de corpo adiposo, este realizado especialmente para amplas comunicações. Em todas essas técnicas, o “tubo epitelial” da fistula foi removido, assim como osteíte nas margens da fístula, espessamento de mucosa e degeneração da mucosa polipoide, quando presentes. Infecções sinusais foram controladas primeiramente com antibióticos e irrigação sinusal com soro fisiológico.

Foram analisados os 547 prontuários de pacientes que apresentaram indícios de comunicação bucossinusal ou buconasal, onde obtivemos resultados de 55 pacientes que apresentaram patologia envolvendo alteração sinusal, que estão descritos a baixo:

- 1- 53 pacientes com OAC;
- 2- 1 paciente com ONC;
- 3- 1 paciente com OAC e ONC;
- 4- Dentre os pacientes foram encontrados 32 do sexo feminino e 24 do masculino;
- 5- Com relação a localização foram encontradas 27 do lado direito da maxila, 25 do lado esquerdo e 3 de ambos os lados. No caso de apenas comunicação buco nasal não foi relatado o lado da comunicação.
- 6- 6 pacientes apresentaram Sinusite Crônica após tratamento cirúrgico; 1
- 7- 16 pacientes apresentaram Sinusite Aguda após tratamento cirúrgico;
- 8- Dos 55 casos a etiologia para comunicação pôde ser dividida em: A- 22 casos de exodontias;

B- 6 casos de fístula bucosinusal (casos que foram encaminhamento para a Faculdade de Odontologia de Piracicaba, para a realização do tratamento);

C- 1 caso de reconstrução da maxila com enxerto ósseo;

D- 19 casos de elevação do seio maxilar;

E- 4 casos relacionados a implantes (sendo 1 retirada de implante e 2 colocação de implante);

F- 1 caso de deslocamento de broca cirúrgica para dentro do seio maxilar.

G- 1 caso de descoberta de comunicação no acesso cirúrgico para colocação de implante.

9- Nos 2 casos relatados com comunicações buconasais apresentaram como etiologia cirurgias de correção de septo nasal.

10- Na **tabela 1** - Correlação entre a etiologia das comunicações bucosinusais encontradas e seus respectivos tratamentos. Dentre os tratamentos realizados para as comunicações buco sinusais nos pacientes analisados encontramos:

A- 14 fechamentos com Corpo Adiposo de Bichat (CAB);

B- 17 fistulectomias com fechamento imediato com retalho de mucosa bucal/jugal;

C- 1 implantação de um implante mais curto para que não atingisse o assoalho do seio maxilar;

D- 16 casos de membrana biológica de origem bovina;

E- 1 enxerto com bloco ósseo associado a fistulêctomia / fechamento imediato com retalho de mucosa bucal/jugal;

F- 4 enxertos com bloco ósseo;

G- 1 remoção de broca cirúrgica e fechamento imediato - acesso de Caldwell-Luc.

Tabela 1. Correlação entre a Etiologia das Comunicações Buco Sinusais e os tratamentos

	Tratamento						
	CA	Fistulectomi	Implant	Membran	Enxerto com bloco	Enxert o com	Remoção
Etiologia	B	a	e curto	a biológica	Fistulectomi a	bloco ósseo	o de broca
Broca em seio maxilar	-	-	-	-	-	-	1
Elevação do Seio Maxilar	-	-	-	16	-	3	-
Exodontia	9	12	-	-	-	-	-
Fístula Bucosinusal	4	2	-	-	-	-	-
Reconstrução o de maxila	-	-	-	-	-	1	-
Implante	-	1	1	-	1	-	-
Descoberta de comunicação o no acesso cirúrgico	1	-	-	-	-	-	-

No caso em que houve somente OAC o tratamento realizado foi um fechamento com retalho palatino rotatório e no caso que houveram os dois tipos de comunicações optou-se pela fistulectomia com fechamento imediato com retalho de mucosa bucal.

11- Dentre os casos de comunicações buco sinusais, 9 casos apresentaram o não fechamento da comunicação após a primeira cirurgia realizada na Faculdade de Odontologia de Piracicaba. **Na tabela 2** encontra-se a correlação entre as complicações a curto prazo e a etiologia e o tratamento das comunicações buco sinusais e buco nasais. Cinco casos foram solucionados após um segundo procedimento cirúrgico. Apenas um caso foi necessário um terceiro procedimento.

Tabela 2. Número de casos em Complicações a Curto Prazo que obtiveram sucesso e insucesso correlacionados à Etiologia e o Tratamento

Etiologia	Complicações a Curto Prazo		
	Sucesso	Insucesso	Total de Casos
Broca em seio maxilar	-	1	1
Cirurgia Nasal	1	-	1
Elevação do Seio Maxilar	17	2	19
Exodontia	19	3	21
Fístula Buco Sinusal	5	2	7
Reconstrução de maxila	1	-	1
Implante	3	1	4
Descoberta de comunicação no acesso cirúrgico	1	-	1
Tratamento			
Exerto ósseo	3	1	4
Enxerto ósseo e fistulectomia	1	-	1
Retalho palatinorotatório	1	-	1
Bolas de Bichat	13	1	14
Fistulectomia	12	5	17
Instalação de implante mais curto	1	-	1
Membrana biológica	15	1	16
Remoção da broca cirúrgica	-	1	1
			1
Remoção de Implante	1	-	

Onde “Sucesso” significa resolução do caso em um único procedimento de fechamento da perfuração/fístula;

Onde “Insucesso” significa resolução do caso em mais de um procedimento de fechamento da perfuração/fístula;

12- Houveram 20 casos de presença de sintoma de sinusite pós tratamento, sendo presença de dor a palpação na região do seio maxilar, secreção

intra bucal pela fistula, odor referido pelo paciente, sensação de peso na face e dor no rosto. **Na tabela 3** consta a correlação entre a presença de sintomas de sinusite. Existem 22 casos que foi realizado o tratamento para sinusite, com o uso de alguns medicamentos como Amoxilina, Fluvimicil, Dipirona, Tylex, Metronidazol, Clavulin, Rinoso e inalação com soro fisiológico. **Na tabela 4** há a correlação entre a presença do sintoma de sinusite e o tratamento realizado.

Nos 2 casos em que houve Comunicações Buco Nasais ambos os paciente apenas apresentaram saída ou entrada de ar ou líquidos e alimentos pelo nariz durante as refeições.

Tabela 3. Correlação entre a Etiologia das Comunicações Buco Sinusais e Nasais e a Presença de Sintomas de Sinusite.

Etiologia	Presença de Sintomas de Sinusite	
	Não	Sim
Broca em seio maxilar	-	1
Elevação do Seio Maxilar	18	1
Exodontia	11	12
Fístula Buco Sinusal	2	4
Implante	3	1
Reconstrução de maxila	1	-
Cirurgia Nasal	-	1
Descoberta de comunicação no acesso cirúrgico	1	-

Tabela 4. Correlação entre Tratamento para Sinusite e a Presença de Sintomas de Sinusite

Presença de Sintomas de Sinusite	Tratamento Para Sinusite	
	Não houve medicação	Houve medicação
Não	31	5
Sim	3	17

6 DISCUSSÃO

No período compreendido do mês de Agosto de 2015 a Julho de 2017 foi realizada a nova coleta dados para os prontuários avaliados entre Junho de 2004 a Dezembro de 2016. Somente pacientes com a possibilidade de haver OAC/ONC durante sua cirurgia e os que foram encaminhados a FOP/Área de Cirurgia para tratamento, totalizando 547 prontuários analisados e tabulados quando houvessem algum tipo de comunicação.

Os pacientes que não apresentaram comunicação foram descartados e os demais foram sendo analisados de acordo com: o gênero, idade, tipo de comunicação, etiologia, localização, tipo de tratamento, complicações em curto prazo, presença de sintomas de sinusite e o seu tratamento.

Como já mencionado, não foram coletados dados tratamentos de urgência realizados em hospital, com isto o número de tratamentos representa as cirurgias eletivas. Com certeza o número seria maior, porém a dificuldade em obter os dados hospitalares iria levar a pesquisa adiante> Pacientes de urgência muitas vezes não são colaboradores e retornam somente em ambulatórios hospitalares e por pouco tempo. Desta maneira preferimos não tentar incluir.

Com os dados que obtivemos obtemos algumas informações relevantes que serão listadas abaixo:

- O número maior de ocorrências de comunicações foi a do tipo OAC, a qual foram 55 casos (incluindo o caso em que o paciente apresentava OAC juntamente com a ONC), cerca de 10,0% dos prontuários analisados;
- Em relação a ONC totalizaram 2 casos (se incluir o caso em que o paciente apresentava OAC juntamente com a ONC), cerca de 0,36% dos prontuários analisados. Todos os casos desse tipo de comunicação foram encaminhados por otorrinolaringologistas, foram cirurgias de correção de septo nasal que resultaram nestas perfurações. Apesar de não ser comum, estes profissionais nos encaminharam por estarmos acostumados com a técnica de fechamento;
- 41,0% (23 casos) das etiologias dos casos que apresentaram comunicações foram oriundos de exodontias. Isto mostra a ocorrência frequente nos consultórios Odontológicos. Apesar do número ter decrescido se comparado com o período anterior da pesquisa (1988 a 2004) ainda assim as exodontias realizadas

por colegas são a maior ocorrência desta complicação (Abuabara A, et al. 2006). Esta queda nos números pode também ser explicada pelo aumento de cirurgias buco-maxilo-faciais que se instalaram na região, com preparo para o tratamento da patologia;

- Dentre os tratamentos, o mais realizado foi a fistulectomia com fechamento imediato com retalho de mucosa bucal/jugal que chegou a 30,3% (17 casos). Esse tratamento teve 5 casos (8,9%) em que os pacientes apresentaram sintomas de sinusite após um procedimento cirúrgico. A sinusite pós-tratamento pode representar somente a continuidade da doença, mesmo em casos que aparentemente fizemos o tratamento de preparo para o procedimento cirúrgico. Este tratamento depende da sintomatologia e pode ser realizados com uso de corticoide, antibióticos sistêmicos e tópicos entre outros. Na maioria das vezes resulta em bom resultado (Carini F, et al. 2014). Quando a doença persiste, o ideal é ter o controle e o fechamento completo da comunicação. Em seguida reavaliar se será necessário a sinusectomia complementar por meio de acessos tradicionais (Awang MN, 1988), como Caldwell Luc ou via endoscópica (Barzilai G, et al. 2005);

- O tratamento com Corpo Adiposo de Bichat obteve um índice de insucesso 7,6% (1 caso) para casos que apresentaram sintomas de sinusite após um procedimento cirúrgico. O tratamento da perfuração ou comunicação com esta estrutura anatômica é realizado há muitos anos pelos Cirurgiões Buco Maxilo Faciais. Nada de novo nesta técnica, porém traz um grande índice de sucesso, mas deve ser realizado por profissional habilitado. Além disto, em muitos casos é utilizado associado a retalho de mucosa jugal o que garante o fechamento. Neste tecido adiposo ocorre a metaplasia ou ainda funciona como uma “ponte” para a progressão epitelial (Martín-Granizo R, et al. 1997).

7 CONCLUSÃO

Os resultados confirmam que a exodontia é o principal fator etiológico para a comunicação oral e que as fistulectomias com fechamento imediato com mucosa bucal são os tratamentos que foram bem-sucedidos.

REFERÊNCIAS *

Abuabara A, Cortez AL, Passeri LA, de Moraes M, Moreira RW. Evaluation of different treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Feb;35(2):155-8.

Akhlaghi F, Esmaeelinejad M, Safai P. Etiologies and Treatments of Odontogenic Maxillary Sinusitis: A Systematic Review. *Iran Red Crescent Med J*. 2015 Dec 27;17(12):e25536. doi: 10.5812/ircmj.25536. eCollection 2015 Dec.

Awang MN. Closure of oroantral fistula. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1988 pr;17(2):110-5.

Barzilai G, Greenberg E, Uri N. Indications for the Caldwell-Luc approach in the endoscopic era. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 Feb;132(2):219-20.

Bravo Cordero G, Minzer Ferrer S, Fernández L. Odontogenic sinusitis, oro-antral fistula and surgical repair by Bichat's fat pad: Literature review. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2016 Mar-Apr;67(2):107-13.

Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006 Sep;135(3):349-55.

Carini F, Longoni S, Amosso E, Carini S, Garavello W, Porcaro G. Odontogenic maxillary sinusitis with oro-nasal fistula: a case report. *Ann Stomatol (Roma)*. 2014 Oct 25;5(Suppl 2 to No 2):37-9.

De Biasi M, Maglione M, Angerame D. The effectiveness of surgical management of oroantral communications: a systematic review of the literature. *Eur J Oral Implantol*. 2014 Winter;7(4):347-57.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors - Vancouver Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed.

Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/ororo-nasal communications. *J Maxillofac Surg.* 1977 Nov;5(4):241-4.

Eppley B, Sclaroff A. Oro-nasal fistula secondary to maxillary augmentation. *Int J Oral Surg.* 1984 Dec;13(6):535-8.

Hanazawa Y, Itoh K, Mabashi T, Sato K. Closure of oroantral communications using a pedicled buccal fat pad graft. *J Oral Maxillofac Surg.* 1995 Jul;53(7):771-5; discussion 775-6.

Kwon E, O'Rourke MC. Sinusitis, Chronic. 2017 Jun 12. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2017 Jun-. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441934/>

Lechien JR, Filleul O, Costa de Araujo P, Hsieh JW, Chantrain G, Saussez S. Chronic maxillary rhinosinusitis of dental origin: a systematic review of 674 patient cases. *Int J Otolaryngol.* 2014. doi: 10.1155/2014/465173

Lee JJ, Kok SH, Chang HH, Yang PJ, Hahn LJ, Kuo YS. Repair of oroantral communications in the third molar region by random palatal flap. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002 Dec;31(6):677-80.

Martín-Granizo R, Naval L, Costas A, Goizueta C, Rodriguez F, Monje F, et al. Use of buccal fat pad to repair intraoral defects: review of 30 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1997 Apr;35(2):81-4.

Ribeiro FS, de Toledo CT, Aleixo MR, Durigan MC, da Silva WC, Bueno SK, Pontes AE. Treatment of Oroantral Communication Using the Lateral Palatal Sliding Flap Technique. *Case Rep Med.* 2015;2015:730623. doi: 10.1155/2015/730623. Epub 2015 May 31.

Sayed AA, Khalifa GA, Hassan SA, Mohamed FI. Double-layered closure of chronic oroantral fistulas using a palatal rotational flap and suturing of the sinus membrane

perforation: is it a successful technique? J Oral Maxillofac Surg. 2015 May;73(5):812-8. doi: 10.1016/j.joms.2014.10.016. Epub 2014 Oct 25.

Skoglund LA, Pedersen SS, Holst E. Surgical management of 85 perforations to the maxillary sinus. Int J Oral Surg. 1983 Feb;12(1):1-5.

Vidal F, Coutinho TM, Carvalho Ferreira D, Souza RC, Gonçalves LS. Odontogenic sinusitis: a comprehensive review. Acta Odontol Scand. 2017 Sep 6:1-11. doi: 10.1080/00016357.2017.1372803.