

MANEJO DA COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL - REVISÃO DE LITERATURA

Laís Pereira Leal

Discente – Centro Universitário Fametro – Unifametro
lais.leal@aluno.unifametro.edu.br

Raquel Moura de Sousa Silva

Discente – Centro Universitário Fametro – Unifametro
raquel.silva01@aluno.unifametro.edu.br

Kelres Caroline Oliveira de Sousa

Discente – Centro Universitário Fametro – Unifametro
kelres.sousa@aluno.unifametro.edu.br

Tharles Bruno Lima Silva

Discente – Centro Universitário Fametro – Unifametro
Tharles.bruno@aluno.unifametro.edu.br

Karla Geovanna Ribeiro Brígido

Docente – Centro Universitário Fametro – Unifametro
karla.brigido@professor.unifametro.edu.br

Jandenilson Alves Brígido

Docente – Centro Universitário Fametro – Unifametro
jandenilson.brigido@professor.unifametro.edu.br

Área Temática: Clínica Odontológica, Odontologia Restauradora e Reabilitadora

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde

Encontro Científico: X Encontro de Iniciação à Pesquisa

RESUMO

Introdução: A comunicação oroantral ou comunicação buco-sinusal pode ser definida como um espaço patológico criado entre o seio maxilar e a cavidade oral. Esta comunicação e subsequente formação de uma fístula oroantral crônica é uma complicação comum frequentemente encontrada por cirurgiões bucomaxilofaciais. **Objetivo:** Avaliar na literatura o manejo da comunicação buco-sinusal. **Métodos:** O respectivo estudo é caracterizado como uma revisão de literatura, a busca foi realizada nas bases de dados PubMed, sendo utilizados os descritores: "Communication", "Maxillary", "Therapeutics", foram encontrados 37 artigos no total. Como critérios de inclusão foram aceitos: artigos que respondiam a pergunta norteadora, artigos disponíveis nos últimos 10 anos. Excluíram-se dissertações, artigos de

revisão, editoriais, cartas ao editor e resumos de eventos e repetidos. Desse modo foram escolhidos 6 artigos que correspondem aos critérios de inclusão. **Resultados:** A maioria dos estudos sugere alta taxa de sucesso no fechamento da FAO, mesmo principalmente após a remoção de lesões odontogênicas. No entanto, algumas desvantagens foram relatadas, como obliteração leve da profundidade vestibular e recorrência em até 7,5% dos pacientes. **Considerações Finais:** Vários fatores devem ser levados em consideração ao decidir qual técnica usar para tratar uma comunicação, como o tamanho do defeito, tempo de diagnóstico, presença de infecção, presença de corpos estranhos no seio e possível futura colocação de implantes dentários.

Palavras-chave: Comunicação buco-sinusal; Seio Maxilar; Terapêutica.

INTRODUÇÃO

A comunicação Buco-Sinusal é caracterizada como uma comunicação patológica entre a cavidade oral e o seio maxilar. Esta comunicação geralmente está associada à sinusite maxilar e subsequente formação de fístula oroantral crônica sendo uma das complicações mais comuns encontradas pelos cirurgiões (PROCACCI et al., 2016).

A junção entre a cavidade oral e o seio maxilar é originada pela extração de dentes superiores posteriores, cirurgias de implantes, tratamento de cistos e tumores, osteomielite, ortognática e trauma dentário. O fechamento da comunicação oroantral deve ser realizada por volta de 24 a 48 horas para prevenir a formação de sinusites crônicas e consequentemente o desenvolvimento de fístulas, é aceito que as comunicações buco sinusais podem fechar espontaneamente quando o tamanho de defeito for de 1 a 2 mm de diâmetro. O manejo cirúrgico da comunicação oroantral (COA) é bastante desafiador para os cirurgiões Buco-Maxilo-faciais (NURAY et al., 2013).

Há diversas formas de tratamento das comunicações buco sinusal que incluem o manejo com uso de retalhos de tecidos moles locais ou distantes, com ou sem o uso de enxertos autógenos e uso de materiais aloplásticos e xenoenxertos, todas essas técnicas apresentam vantagens e desvantagens (POURDANESH F et al., 2013).

Uma boa alternativa de tratamento em pacientes que apresentam rinossinusite crônica (RSC) é feita utilizando a cirurgia endoscópica, onde foi demonstrado um grande aumento da dilatação sinusal por balão, porém, é necessário levar em consideração cuidados especiais para pacientes que apresentam doenças recalcificantes, idade avançada, pólipos nasais e rinite alérgicas pois são pacientes com um maior risco para a realização da cirurgia (JANG et al., 2020).

Procedimentos de retalhos locais (retalho de avanço bucal e retalho palatino) são amplamente utilizados para fechar ACOs. No entanto, além da diminuição da profundidade do sulco e da morbidade do lado palatino, existem 2 principais desvantagens das técnicas de retalho: 1) se o tamanho do defeito for grande, a cobertura de tecidos moles pode falhar, mesmo se for usado um retalho palatino; e 2) As técnicas causam a fusão da mucosa e da membrana Schneideriana, o que pode dar origem à perfuração da membrana sinusal durante o aumento secundário do assoalho do seio. A taxa de sucesso do retalho de avanço vestibular varia de 84% a 93%. (ER et al., 2013).

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar as técnicas utilizadas no tratamento de comunicação buco-sinusal e os fatores associados às complicações relatadas em estudos prévios.

METODOLOGIA

O estudo é caracterizado como uma revisão de literatura, que permite análise, síntese e incorporação das evidências de pesquisas e produções científicas nacionais e internacionais publicadas na literatura referente ao manejo clínico em casos de comunicação buco sinusal. Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma pesquisa no banco de dados PubMed, utilizando as seguintes palavras-chave: “Communication”, “Maxillary Sinus” e “Therapeutics”.

Os critérios de inclusão para esta revisão foram: estudos publicados nos últimos 10 anos; publicados na língua portuguesa e inglesa; estar disponível eletronicamente e estudos que atendessem a questão norteadora. Já os critérios de exclusão foram: Artigos de revisão, dissertações, teses, editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos e os repetidos.

Foram encontrados 37 artigos no PubMed, após leitura de títulos foram selecionados 10 para leitura do resumo, dessa maneira, foram obtidos 6 artigos para leitura completa da íntegra que corresponderam aos critérios de seleção. Os resultados obtidos dos estudos foram selecionados após leitura minuciosa dos títulos e resumos para conferir aderência ao tema, mostrando capacidade de responder ao objetivo definido nesta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um estudo multicêntrico 19 pacientes com FAO foram tratados com fechamento do defeito com retalho BFP e drenagem endoscópica do seio maxilar pelo meato médio. O fechamento completo da OAF de todos os pacientes foi alcançado, em

contrapartida, outro estudo foi realizado com a mesma finalidade e técnica, mas não alcançou seu objetivo, apresentando defeitos no fechamento. A maioria dos estudos sugere alta taxa de sucesso do BFP no fechamento da FAO, mesmo principalmente após a remoção de lesões odontogênicas. No entanto, algumas desvantagens foram relatadas, como obliteração leve da profundidade vestibular e recorrência de FAO em até 7,5% dos pacientes (ABDEL-AZIZ et al., 2018).

Haraji e Zare (2007) em uma série de 13 pacientes, relataram que a FAO fechou com BFP cicatrizado sem quaisquer desvantagens estéticas ou distúrbios da função mastigatória. Nestes estudos a drenagem da infecção do seio maxilar foi realizada por via de Caldwell- Luc.

Um estudo apresentou um caso crônico de OAC com tamanho de 25 a 15 mm em um homem de 30 anos com história de tabagismo pesado e abuso de drogas que foi tratado com combinação de coxim de gordura bucal (para cobertura do assoalho do seio), processo coronóide pediculado no retalho temporal e fechamento da mucosa. O fechamento da ACO crônica foi feito basicamente com retalho coronóide-temporal, método útil e minimamente invasivo com resultados satisfatórios. Não houve complicações durante e após a operação. O acompanhamento de curto e longo prazo revelou o sucesso desta nova técnica. (POURDANESH et al., 2013).

Er et al. (2013) realizou um estudo com dez pacientes, 4 com OACs e 6 com OAFs, que foram tratados com enxertos ósseos autógenos usando a técnica óssea press-fit. Em 9 pacientes, as extrações dentárias causaram OACs ou OAFs, em 1 paciente, um OAC apareceu após a enucleação do cisto. As áreas doadoras incluíram o queixo, exostose bucal, tuberosidade maxilar, ramo e parede lateral do seio maxilar. Em todos os 10 pacientes, foi alcançado um ajuste de pressão estável do enxerto. Não foram necessários métodos de fixação adicionais. Em 2 pacientes, desenvolveu-se deiscência da mucosa, mas cicatrizou espontaneamente. Em 2 pacientes foi realizada cirurgia de implante dentário na área enxertada. A taxa de sucesso foi de 100%. A técnica óssea press-fit pode ser usada para fechar com segurança OACs ou OAFs, e apresenta algumas vantagens em comparação com outras técnicas.

Buric (2013) relatou os primeiros casos de fechamento bem-sucedido de ACO com o uso único de cola cirúrgica Glubran 2. Existem inúmeros relatos sobre o uso bem sucedido de aloplástico no fechamento de OAC. Os últimos relatórios mostraram resultados

promissores usando ácido poliglicólico no fechamento não cirúrgico de ACO. Considerando a história cirúrgica do ACO, existe uma infinidade de outros sucessos no relato de uso de aloplásticos no fechamento da OAC. O procedimento minimamente invasivo em cirurgia é mais benéfico para os pacientes se proporcionarem resultados iguais ou melhores que a cirurgia. Isso foi possível nos casos descritos com Glubran 2. A aplicação de cola de cianoacrilato no fechamento de ACOs é uma técnica indolor, rápida e fácil, pois não há necessidade de retirada de sutura.

Outro estudo atual mostrou que a abordagem endoscópica e intra oral combinada de 1 estágio representa um procedimento viável e minimamente invasivo para o tratamento eficaz a longo prazo de ACOs crônicas complicadas. Em 1 mês de seguimento, em 10 pacientes de 12, a manobra de Valsalva foi negativa, mesmo resultado no 3 mês de seguimento, porém em 11 dos 12 pacientes. Em 5 dos 12 pacientes, a tela foi exposta. A análise histológica confirmou a formação de uma camada de pseudo- periósteo. Um paciente falhou porque a tela perdeu sua estabilidade. A principal vantagem do uso de uma tela de titânio para guiar a regeneração é que ela garante uma cicatrização previsível, arcabouço mecânico, estabilidade dos tecidos e permite uma possível reabilitação oral posterior. As técnicas de fechamentos são variadas e selecionadas para cada caso, sendo importante considerar as particularidades do diagnóstico (PROCACCI et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora várias técnicas tenham sido propostas em estudos publicados, o fechamento bem-sucedido de fistulas oroantrais ainda é um dos problemas mais difíceis enfrentados pelo cirurgião que trabalha na região oral e maxilofacial.

A decisão de qual modalidade de tratamento utilizar é influenciada por muitos fatores, como quantidade e condição do tecido disponível para reparo, tamanho e localização do defeito, presença de infecção, presença de corpos estranhos no seio, tempo para o diagnóstico da fistula e possível futura colocação de implantes dentários. A limitação deste estudo se baseia na condição relatada de cada paciente, associado aos fatores individuais como condição do diagnóstico e adesão do paciente.

REFERÊNCIAS

ABDEL-AZIZ, M. et al. Closure of Oroantral Fistula With Buccal Fat Pad Flap and Endoscopic Drainage of the Maxillary Sinus. **J. Craniofac. Surg.** v.29, n.8, p.2153-2155, 2018.

BURIĆ, N. Use Of N-Butyl Cyanoacrylate With Metacryloxisulfolane (Glubran 2) Surgical Glue For Flapless Closure Of Oroantral Communication. **Implant Dent.** v.22, n.3, p.238-243, 2013.

ER, N. et al. Treatment of Oroantral Fistulas Using Bony Press-Fit Technique. **J. Oral Maxillofac Surg.** v.71, n.4, p.659-666, 2013.

JANG, D.W. et al. The Use of Balloon Dilation In Revision Sinus Surgery. **Int Forum Allergy Rhinol.** v.10, n.10, p.1158-1164, 2020.

PROCACCI, P. et al. Surgical Treatment of Oroantral Communications. **J. Craniofac. Surg.** v.27, n/.5, p.1190-1196, 2016.

POURDANESH, F. et al. Closure of large oroantral communication using coronoid process pedicled on temporalis muscle flap: a new alternative approach. **J. Craniofac. Surg.**, v. 24, n. 4, 2013.