

# Aplicação do Corpo Adiposo Bucal para o Encerramento de Fístula Bucosinusal. Relato de Caso.

Felipe Ladeira Pereira \*, Gustavo Jacobucci Farah \*\*, Luiz Augusto Passeri \*\*\*, Ângelo José Pavan \*\*\*\*

**Resumo:** O alto índice de sucesso e a facilidade de realização do procedimento cirúrgico de fechamento de defeitos bucais com o corpo adiposo de Bichat tem tornado a sua aplicação bem indicada.

O artigo faz menção a uma paciente com uma fístula bucosinusal decorrente de exodontia. Primeiramente ela foi submetida a uma cirurgia de deslize de retalho vestibular para o fechamento da comunicação, mas sem sucesso. Posteriormente, foi realizada uma segunda cirurgia para o fechamento da fístula, utilizando-se o corpo adiposo bucal como suporte para o crescimento epitelial, que desta vez obliterou definitivamente a fístula.

A técnica apresenta um pós-operatório confortável, o enxerto encontra-se na mesma loja cirúrgica, é passível de ser feito sob anestesia local e geralmente não ocasiona a perda definitiva do sulco vestibular.

**Palavras-Chave:** Corpo adiposo bucal; Enxerto pediculado; Fístula bucosinusal

**Abstract:** The high level of success and the facility of surgical closure of buccal defects using the Bichat fat pad have made its use well indicated. Usually the main body and its buccal extension are accessed. It's located in the masticatory space, laterally to the buccinator muscle and in close relation to noble structures.

The article mentions a patient with bucosinusal fistula after a tooth extraction. The patient underwent a first surgery of buccal flap rotation to close the oroantral communication, but it didn't work it out. So, a second surgery was made, this time using the buccal fat pad for closure, acting as a bed for epithelial growth, and success was achieved.

This technique has a comfortable postoperative, the graft can be accessed in the same surgical site, it's possible to be made under local anesthesia and generally, there is no definitive loss of the vestibular sulcus.

**Key-words:** Buccal fat pad; Oroantral fistula; Pedicled graft

(Pereira FL, Farah GJ, Passeri LG, Pavan AJ. Aplicação do Corpo Adiposo Bucal para o Encerramento de Fístula Bucosinusal. Relato de Caso. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2004;45:221-226)

\*Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais pela Universidade Estadual de Maringá/UEM - PR - BRASIL

\*\*Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais pela Universidade de Campinas/UNICAMP - SP - BRASIL. Especialista em farmacologia pela Universidade Estadual de Maringá/UEM - PR - BRASIL. Professor de Anestesiologia e Clínica Integrada do Centro Universitário de Maringá/CESUMAR - PR - BRASIL

\*\*\*Professor Associado, responsável pela Área de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP - SP - BRASIL

\*\*\*\*Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais pela Universidade Estadual de Maringá/UEM - PR - BRASIL

## INTRODUÇÃO

O uso do corpo adiposo bucal como enxerto para o fechamento de defeitos intrabuciais tem conquistado seu espaço por se tratar de um procedimento cirúrgico rápido, relativamente fácil e com alto índice de sucesso<sup>(1)</sup>.

Foi descrito pela primeira vez como sendo tecido gorduroso por Bichat em 1802<sup>(2)</sup>, mas somente em 1977 Egyedi<sup>(3)</sup> o utilizou em comunicações bucosinusais e buconasais, como enxerto pediculado associado a um enxerto de pele. O seu uso como enxerto livre foi descrito por Neder<sup>(4)</sup> em 1983 e como enxerto pediculado por Tideman et

al.<sup>(5)</sup> em 1986. Tideman *et al.*<sup>(5)</sup> observaram que a epitelização do enxerto ocorre num prazo de 2 a 3 semanas, sem a necessidade de cobrir o mesmo com enxertos cutâneos.

O corpo adiposo bucal pode ser utilizado na correção de diversos defeitos bucais, entre eles o fechamento de fístulas e comunicações bucosinusais e buconasais<sup>(1,6-11)</sup>, reconstruções pós-ressessão de tumores<sup>(1,5-7,12-14)</sup>, reabilitação de pacientes fissurados<sup>(6,8)</sup>, correção estética da face<sup>(7,11)</sup> e recobrimento de enxertos para implantes<sup>(6,7)</sup>.

### CASO CLÍNICO

A paciente M.C., 53 anos, sexo feminino, leucoderma, procurou os serviços da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP para tratamento, queixando-se de dor no rosto e gosto ruim na boca. Durante a anamnese a paciente informou que havia sido submetida a exodontia de um dente posterior direito há muitos anos e, desde então, apresentava esses sintomas. A paciente fazia uso de uma prótese total e relatou que esporadicamente sentia escorrer algo pelo nariz e pela boca.

Primeiramente, foi submetida a uma cirurgia na clínica da graduação, na tentativa de fechar sua fístula bucosinusal associada a uma curetagem do seio maxilar direito.

Posteriormente, tendo em vista que o tratamento apresentou recidiva, a paciente foi encaminhada para a clínica da pós-graduação da área de cirurgia da mesma faculdade. Durante o exame físico intrabucal, notou-se uma fístula de aproximadamente 2 cm de diâmetro no rebordo pós-tero-superior direito, sem sinais de secreção naquele momento (Figura 1).



Figura 1 - Aspecto inicial intrabucal da paciente

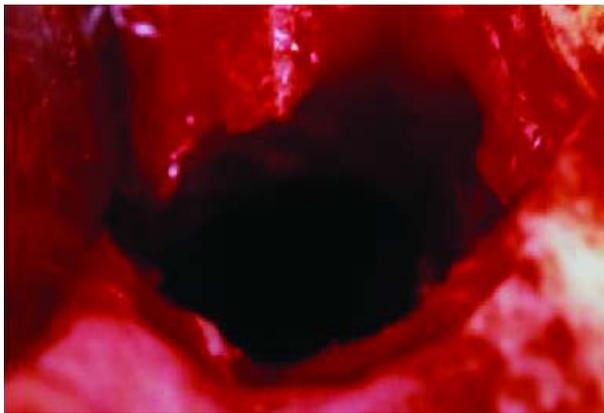
Através de um exame radiográfico panorâmico, observou-se a presença de uma comunicação bucosinusal na região posterior da maxila, além de velamento do seio maxilar (Figura 2). Instituiu-se, portanto, terapia antimicrobiana com amoxicilina 500mg a cada 8 horas, por via oral e irrigação do seio maxilar com clorexidina 0,12% e soro fisiológico 0,9%. Após a remissão dos sinais e sintomas, programou-se a cirurgia para o fechamento da fístula bucosinusal com deslize de retalho do corpo adiposo de Bichat, por meio de anestesia local, com lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000, e medicações no pré-operatório de 4mg de dexametasona e 500mg de dipirona sódica, segundo protocolo da instituição.



Figura 2 - Radiografia panorâmica inicial da paciente na qual nota-se a fístula bucosinusal no rebordo superior direito

Foi realizada a antisepsia intra e extrabucal,

anestesia dos nervos alveolar superior posterior, médio e palatino maior do lado direito. Realizou-se uma incisão sobre o rebordo alveolar, contornando-se a fístula, e uma incisão de alívio na região anterior à fístula. Após o descolamento do retalho, realizou-se divulsão para se acessar o corpo adiposo e recobrir a área de aproximadamente 2 cm de diâmetro, já previamente preparada com brocas para a remoção do tecido ósseo necrótico das bordas (Figura 3 e 4).



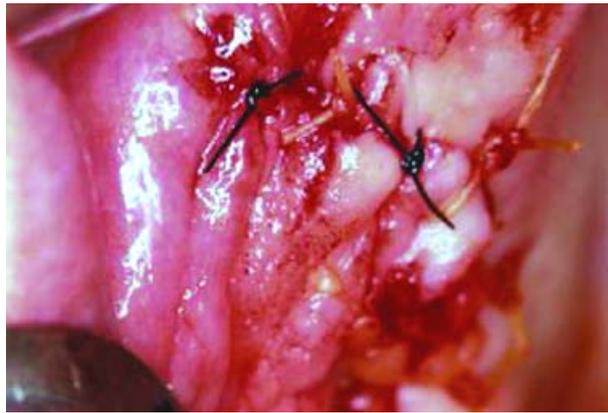
*Figura 3* - Fenestração óssea no seio maxilar direito após realização do retalho e remoção das bordas necróticas



*Figura 4* - Acesso ao corpo adiposo bucal por meio de divulsão

O tecido adiposo foi suturado com fio Catgut 4-0 cromado no retalho palatino, deixando-o exposto e associado a suturas do tecido mucoso bucal com Nylon 5-0, recobrimo em parte o tecido adiposo, prescrevendo dipirona sódica a cada 6 horas no

seu pós-operatório (Figura 5).



*Figura 5* - Sutura do corpo adiposo bucal na mucosa palatina

No décimo dia, removeu-se a sutura de Nylon e observou-se uma total coaptação das bordas da ferida e ainda, presença do tecido adiposo. Após 60 dias, notou-se total vedamento da fístula bucosinusal e ausência do tecido adiposo, com presença do epitélio bucal (Figura 6). Posteriormente, a paciente foi então encaminhada para a área de prótese para a confecção de uma nova prótese total.



*Figura 6* - Aspecto intrabucal pós-operatório de 60 dias.

## DISCUSSÃO

A bola de Bichat ou corpo adiposo bucal tem a função de preencher o espaço mastigatório, agindo como um amortecedor dos músculos mastigatórios. Contribui na morfologia da face, neutraliza a

pressão negativa durante a sucção em recém-nascidos e possui uma rica rede venosa, com estrutura em forma de válvula, possivelmente relacionada à circulação sanguínea exo-endo-cranial através do plexo pterigóideo<sup>(1,6,7,8,11,13,14)</sup>. Trata-se de um tipo de gordura especializada, denominada "sissarcose", que melhora a mobilidade muscular e cuja aparência é semelhante a da gordura periorbitária<sup>(7,11,14)</sup>.

Anatomicamente, encontra-se no espaço mastigatório, sendo constituída de um corpo principal com quatro processos, e é envolvido por uma tênue cápsula fibrosa. Seu corpo principal localiza-se lateralmente ao músculo bucinador e na borda anterior do músculo masseter, estando em íntimo contacto com ramos da artéria maxilar interna e com a divisão maxilar do nervo trigêmeo. Sua extensão bucal é a mais superficial, é delimitada anteriormente pela artéria e veia faciais e está em íntimo contacto com o ducto de Stenon e com os ramos zigomático e bucal do nervo facial. Sua extensão pterigóide é assim chamada devido a seu íntimo contacto com os músculos pterigóide medial e lateral, com o nervo lingual e com o pedículo vásculo-nervoso mandibular. Sua extensão temporal fica entre o arco zigomático, a asa maior do esfenóide e o músculo e tendão temporal e não está relacionada à gordura temporal superficial sobre o arco zigomático, entre suas fascias superficial e profunda<sup>(1,5-12,14-16)</sup>.

A nutrição do corpo adiposo bucal é feita pela artéria transversa da face, pelos ramos bucais e temporais da artéria maxilar e por pequenos ramos da artéria facial<sup>(1,5-14)</sup>.

Acredita-se que o corpo e a extensão bucal são as utilizadas nos processos e constituem cerca de 50% do seu volume total, que é em média 10 ml, com espessura média de 6mm e com peso

aproximadamente de 9,3 g<sup>(1,6,7,11-14)</sup>.

Stuzin *et al.*<sup>(11)</sup>, Baumann & Ewers<sup>(6)</sup>, Dean *et al.*<sup>(7)</sup>, Martin-Granizo *et al.*<sup>(1)</sup>, Loh & Loh<sup>(12)</sup> e Rapidis *et al.*<sup>(13)</sup> acreditam que o volume da bola de Bichat é constante e, mesmo em pacientes caquéticos ela está presente sem alterações, enquanto que Tideman *et al.*<sup>(5)</sup> e Samman *et al.*<sup>(14)</sup> acreditam que ela varia para cada indivíduo e de cada lado.

Sua herniação traumática é um fenómeno bastante conhecido e pode ser tratado por excisão ou reposicionamento e sutura da mucosa<sup>(11,14,15,16,17)</sup>.

Alguns autores defendem a preservação da cápsula do corpo adiposo<sup>(1,6,8)</sup> e acreditam que a base do pedículo deva ser larga<sup>(6,13)</sup> para que o mesmo não se torne um enxerto livre. A sutura não deve ser feita sob tensão e a alimentação pós-operatória deve ser leve<sup>(1,5)</sup>. No caso em questão, não foi possível a preservação da cápsula, pois a extensão da comunicação bucosinusal era extensa e o recobrimento do corpo adiposo deveria ser amplo.

Como alternativa ao uso da bola de Bichat para o fechamento de defeitos da cavidade bucal, pode-se lançar uso dos retalhos vestibulares, palatinos, combinados, linguais, de enxertos ósseos e de implantes de materiais aloplásticos<sup>(8,18)</sup>, retalho músculo-mucoso inferior da artéria facial<sup>(6)</sup>, retalho miofascial do temporal associado à bola de Bichat<sup>(14)</sup> ou uma combinação com retalho miocutâneo do músculo peitoral maior<sup>(7)</sup>, sendo os três últimos utilizados para defeitos maiores. Não optou-se pelas técnicas mais simples como retalhos vestibulares e palatinos devido a possibilidade de perda de profundidade de fórnice e risco de insucesso devido a extensão bucosinusal.

Em defeitos menores, como comunicações bucosinuais de até 2 mm de diâmetro, o fechamento é espontâneo. Quando são maiores que 3

mm e estão associados à inflamação do seio ou problema periodontal, a fenestração irá persistir<sup>(9,18)</sup>. Existem diversos valores na literatura a respeito do limite de distensão do corpo adiposo e do tamanho de defeito que ele pode cobrir sozinho. Valores de 3 x 5 cm<sup>(5,14)</sup>, 4 x 2 cm e 4 x 3,5 cm<sup>(1)</sup>, 6 x 5 cm<sup>(9)</sup>, 7 x 4 x 3 cm<sup>(13)</sup> e tumores T2<sup>(6)</sup>.

As vantagens do uso da bola de Bichat é que ela gera menos distúrbios e cicatrizes no vestibulo que um deslize de retalho<sup>(6)</sup>; permite ajustes após uma semana<sup>(9)</sup>; grande aplicabilidade na maioria dos casos; mínima incidência de falha quando apropriadamente realizado<sup>(7,9)</sup>; constitui-se num procedimento simples e rápido<sup>(1,4,7)</sup>; sem necessidade de remoção de dente ou osso; mínimo desconforto<sup>(7,9)</sup>; ausência de seqüela estética; presente no mesmo campo cirúrgico, diminui o risco de infecção<sup>(1,4)</sup>; é passível de ser realizado sob anestesia local<sup>(1,7)</sup>; sem cicatrizes visíveis<sup>(4,7)</sup>; baixa morbidade; possibilidade de ser associado a outros retalhos<sup>(7)</sup> e não perde profundidade de sulco<sup>(8,9)</sup>.

Como desvantagens, o fato de só poder ser usada uma única vez<sup>(13)</sup>; possibilidade de trismo no pós-operatório<sup>(7)</sup>; limitação de seu uso para defeitos pequenos e médios; serve para cobrir o defeito, mas não dá suporte rígido; possibilidade de ficar uma depressão na bochecha<sup>(7)</sup> e de gerar discretas alterações na fala<sup>(14)</sup>. A paciente não apresentou trismo, distúrbios da fala ou depressão na bochecha no pós-operatório.

Pode ser aplicada em reconstruções no palato duro, palato mole (até a linha média), trígono retromolar, mucosa vestibular, pilar amigdaliano anterior, crista alveolar superior (até a região de canino) e sulco vestibular superior<sup>(6,7,9,13)</sup>. Sua aplicação estética consiste na sua remoção para melhorar o contorno facial ou no preenchimento para melhorar a projecção do osso zigomático<sup>(11)</sup>.

Os defeitos na linha média do palato têm mais chances de complicações<sup>(1,14)</sup>.

Sua epitelização dura em torno de 2 a 3 semanas<sup>(5,6,8,10,14)</sup> e o tecido adiposo serve de leito para o crescimento do epitélio, primeiramente coberto por tecido de granulação e depois por epitélio estratificado que migra da margem da gengiva<sup>(9,13)</sup>. Raldi *et al.*<sup>(10)</sup>, cita em seu artigo que a mudança do tecido adiposo para o tecido epitelial é uma metaplasia, o que é impossível uma vez que esses tecidos possuem diferentes origens embriológicas<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÕES

O corpo adiposo bucal quando utilizado, constitui-se num método tecnicamente simples e confiável para a reconstrução de defeitos bucais, em especial, comunicações bucosinusais de tamanhos pequenos e médios. Pode ser empregado na região do palato mole até a região do canino e ser utilizado juntamente com outros retalhos miofasciais, sem necessidade de segundo tempo cirúrgico e com pós-operatório confortável para o paciente, quando comparado com outras técnicas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Martin-Granizo R, Naval L, Costas A, Goizueta C, Rodriguez F, Monje F, Muñoz M, Diaz F. Use of buccal fat pad to repair intraoral defects: review of 30 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35: 81-4.
2. Bichat, F. Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. Paris: Grosson, Garbon et Cie, 1802 apud Samman N, Cheung LK, Tideman H. The buccal fat pad in oral reconstruction. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993; 22: 2-6.
3. Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. *J Maxillofac Surg* 1977; 5: 241-4.
4. Neder A. Use of buccal fat pad for grafts. *Oral surg Oral Med Oral Pathol* 1983; 55: 349-50.
5. Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; 44: 435-40.
6. Baumann A, Ewers R. Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 389-92.
7. Dean A, Alamillos F, García-López A, Sánchez J, Penãlba M. The buccal fat pad flap in oral reconstruction. *Head & Neck* 2001; May: 383-8.
8. Garcia RR, Rabêlo LRS, Moraes M, Moreira RWF, Albergaria-Barbosa JR. Utilização de enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha no tratamento de comunicações oro-antrais. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2000; 41: 17-24.
9. Hanazawa Y, Itoh K, Mabashi T, Sato K. Closure of oroantral communications using a pedicled buccal fat pad graft. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53: 771-5.
10. Raldi FV, Sardinha SCS, Albergaria-Barbosa JR. Fechamento de comunicação bucossinusal usando enxerto pediculado com corpo adiposo bucal. *BCI* 2000; 25: 60-3.
11. Stuzin JM, Wagstrom L, Kawamoto HK, Baker TJ, Wolfe SA. The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. *Plast Reconstr Surg* 1990; 85: 29-37.
12. Loh FC, Loh HS. Use of the buccal fat pad for correction of intraoral defects: report of cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 413-6.
13. Rapidis AD, Alexandridis CA, Eleftheriadis E, Angelopoulos AP. 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* 2000; 58: 158-63.
14. Samman N, Cheung LK, Tideman H. The buccal fat pad in oral reconstruction. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993; 22: 2-6.
- 15- Fleming P. Traumatic herniation of the buccal fat pad: a report of two cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1986; 24: 265-8.
- 16- Wolford DG, Stapleford RG, Forte RA, Heath M. Traumatic herniation of the buccal fat pad: report of case. *J Am Dent Assoc* 1981; 104: 593-4.
- 17- Browne WG. Herniation of buccal fat pad. *Oral Surg* 1970; 29: 181-3.
- 18- Awang MN. Closure of oroantral fistula. *J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17: 110-5.
- 19- Guimarães RC, Bogliolo L, Pereira FEL, Brandão HS. Transtornos do crescimento e da diferenciação celular. In: Bogliolo L, ed. *Patologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 1981: 183-4.